



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

O ESTUDO DAS DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS E O MAL-ESTAR CONTEMPORÂNEO

RAQUEL PEREIRA

BRASÍLIA
NOVEMBRO/2005

RAQUEL PEREIRA

O ESTUDO DAS DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS E O MAL-ESTAR CONTEMPORÂNEO

Monografia apresentada como requisito para conclusão de curso de psicologia no Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Professor orientador Dr. Fernando Luiz González Rey.

Brasília/ DF, Novembro 2005

**À minha mãe, Themis, pela dedicação,
investimento e confiança ao meu pai Manoel,
pelo entusiasmo e amor à vida. À meu esposo
e minhas filhas Janaina e Iara por estarem
sempre do meu lado.**

Agradecimentos

À professora Leonor Bicalho por ter articulado bolsas de estudo para o curso “O estudo das toxicomanias” e estágio na Clínica do Renascer e ter confiado à mim, uma das vagas.

À Janete Krissak, diretora e psicanalista da Clínica do Renascer, por ter me proporcionado, com sua sabedoria e experiência, momentos maravilhosos de aprendizado com o curso “O estudo das toxicomanias” e a oportunidade de presenciar o trabalho realizado por ela e sua equipe na Clínica do Renascer.

À Luciana Krissak, pela simpatia e boa vontade de ter me cedido o espaço da clínica do Renascer para realização da minha pesquisa.

Aos pacientes da clínica do Renascer que me receberam de braços abertos.

Ao paciente que gentilmente cedeu o seu tempo e com sinceridade expôs abertamente sua vida.

Aos meus familiares por entenderem o meu distanciamento em nossa convivência.

À minha tia Olímpia por revisar o meu texto e me dar dicas que foram fundamentais para o amadurecimento da minha escrita.

Ao professor e orientador de minha monografia Fernando González Rey por me abrir caminhos e me auxiliar a vencer um grande desafio e por me ensinar que a construção do conhecimento é um ato criativo e transformador.

SUMÁRIO

Introdução	6
Capítulo I – Fundamentação Teórica	8
1.1 – Definições e Classificação	8
1.2 – A dependência: um fenômeno psíquico ativo	13
1.3 – A questão social	16
1.4 – A respeito da estrutura do toxicômano	17
1.5 – O tratamento em uma visão psicanalítica	20
1.6 – Problemas e Objetivos	24
Capítulo II – O método de pesquisa	26
2.1 – Fundamentação da opção metodológica	26
2.2 – Explicitação do cenário de pesquisa	28
2.3 – Descrição dos instrumentos utilizados	31
2.4 – Sujeito pesquisado	33
2.5 – Metodologia adotada para a construção da informação	34
Capítulo III – Construindo a informação	35
Conclusão	51
Apêndices	54
Apêndice A – Consentimento Livre esclarecido	54
Apêndice B – Modelo da entrevista semi-estruturada	55
Apêndice C – Complemento de frase, formulário	57
Apêndice D – Dados da primeira entrevista: livre conversação	59
Apêndice E – Dados da segunda entrevista: semi-dirigida	64
Apêndice F – Dados da terceira entrevista: conversação	67
Apêndice G – Quarta entrevista	71
Referências Bibliográficas	72

RESUMO

O objetivo deste trabalho é, por meio de um estudo de caso real, discutir aspectos acerca do conceito e tratamento da toxicomania na sociedade contemporânea. A idéia é apresentar alguns fundamentos morais em torno da adição em drogas e abrir espaço para outras maneiras de entendimento deste conceito, a partir da experiência subjetiva do analisado e almejando adentrar nas diferentes zonas de sentido que circulam o tema. Além do indicado nas referências bibliográficas, a análise também está baseada em observações efetivadas durante estágio na Clínica do Renascer, em Brasília, instituição de atende à demanda para tratamento de dependentes químicos. O trabalho compõe três etapas, são elas, a fundamentação teórica, descrição da metodologia de pesquisa e a construção da informação. Esta última será uma análise construtivo-interpretativa para promover o avanço da compreensão do objetivo do trabalho proposto.

Culturalmente os seres humanos se assemelham uns aos outros na forma de pensar e de agir, essa atitude facilita o sentimento de pertencer a algum lugar que é fundamental para a vida em sociedade. Sabe-se que em tribos ou pequenas sociedades o nível de adoecimento psíquico era pequeno porque as “leis” que regiam os comportamentos dos indivíduos eram menos complexas e integrada à natureza.

A sociedade atual com dimensões planetárias funciona de forma acelerada, abstrata, cibernética, burocrática, financeira, alcançou um nível de complexidade tamanho que constantemente beira a ambigüidade e contradição, acarretando uma profusão de valores. Não existe mais uma unidade, sensação de pertencimento, quando se fala em organização social. Resta apenas, para os antropólogos, no estudo de civilizações primitivas, se maravilhar com algumas constatações, como por exemplo, que em tribo indígenas primitivas não existe neurose. Para as tribos indígenas, o contato com a natureza era o pilar da sociedade e o cotidiano era voltado para as questões de sobrevivência e da espiritualidade.

O homem contemporâneo é complicado, porque transformou o dinheiro no maior valor do ser humano, só que no momento de repartir, deixou a maior parcela da população com quase nada. Para completar, destruiu as raízes culturais dos indivíduos, disseminado culturas “inferiores” e impondo como os indivíduos devem se comportar e no que devem acreditar. Claro que é o trabalho que dignifica o homem, contanto que enriqueça o bolso das multinacionais a qualquer custo, mas não tem problema, porque a medicina evoluiu e hoje tem doenças para todos os gostos.

Pode-se comprar doenças no atacado ou no varejo. Quem trabalha na fábrica de chocolate, pode ser obeso. Os jovens alimentam a indústria do entretenimento e fica tudo bem para os lucros empresariais, enquanto eles engolem goela abaixo a *Hello Kitty*, a *griffe* e os filmes americanos. Quanto mais alienado melhor para a corrupção e para manter o sistema de mão de obra barata. Os que não podem pagar pelo prazer, a alternativa é sofrer de depressão. Para a classe média a opção é ficar obsessivo, estourar todos os cartões de crédito, pelo menos fica bonito na aparência.

Não é difícil imaginar porque as pessoas se tornam dependentes químicos, se a premissa básica do capitalismo é a desigualdade, a idolatria dos referenciais externos, o consumo e a alienação. A organização social atual não valoriza um desenvolvimento psíquico saudável acarretando num sofrimento muito grande em todos os setores da vida do indivíduo, sofrendo tensões nas relações familiares, profissional e social. Vive-se num ambiente cheio de exigências e competições que gera diversos tipos sintomas nos indivíduos; como depressão, stress, vazio, angústia, inadequação, implosão ou explosão de sentimentos, e muitos outros.

Essa pesquisa busca compreender a problemática da toxicomania no contexto social e individual. E a partir da escuta da experiência pessoal de um drogadicto, compreender o papel da droga na sua vida e sociedade.

CAPÍTULO I

Fundamentação Teórica

“Não sou forçosamente a melhor escolha porque, vou dizer-lhes, não vejo nada de mal com as toxicomanias. Isto não quer dizer que encoraje quem quer que seja a tornar toxicômano ou que eu mesmo o seja”.

Charles Melman

1.1 – Definições e Classificação

O conceito de toxicomania foi definido pela Organização Mundial da Saúde como um estado de intoxicação periódica ou crônica, nocivo ao indivíduo e à sociedade, causado pelo consumo repetitivo de uma droga. Suas características são, um desejo irresistível ou uma necessidade imperiosa de consumir a droga e procurá-la para si, uma tendência para aumentar as doses, uma dependência de ordem psicológica e (ou) física em relação aos efeitos da droga.

A definição da OMS, segundo Olievenstein (1990), está ultrapassada em vários aspectos no contexto de uma toxicomania moderna. A definição não considera os aspectos sociais da cultura de massa e considera o fenômeno como doença eminentemente individual. A organização fala de uma monotoxicomania, hoje em dia a pessoa que utiliza droga é poliintoxicado. O problema das toxicomanias está em plena evolução e definições estáticas falseiam consideravelmente a questão.

Para a medicina a dependência física é um fato bem estabelecido e a síndrome de dependência alcoólica muito característica de severidade variável de pessoa para pessoa, é influenciada por várias circunstâncias e pode colocar a vida do usuário em perigo. O alcoolismo também fica caracterizado como uma farmacodependência porque o etilista tende a aumentar progressivamente as doses ingeridas. O CAGE possui um questionário simples e muito usado para diagnóstico:

- Alguma vez você sentiu que deveria diminuir ou parar de beber?
- As pessoas lhe aborrecem porque criticam a forma como você bebe?
- Você fica chateado pela maneira como bebe?
- Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

Sobre o alcoolismo, *Fortes (1991)* diz ser:

Um estado psíquico e algumas vezes também físico, resultante de uma interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por um comportamento e outras reações que incluem sempre compulsão para ingerir a droga, de forma contínua ou periódica, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, às vezes, para evitar o desconforto e sua abstinência (p.11).

A psicologia, por estar inserida no campo das ciências humanas, pode contribuir significativamente no tratamento e compreensão desse fenômeno social porque vai além do diagnóstico de uma doença física e observa o funcionamento do sujeito na sua tentativa de encontrar alternativas para a satisfação do prazer e esvaziamento da angústia. A droga abarca, então, um contexto psicoafetivo, estruturado para encontrar o estado almejado que deve funcionar como catalisador das pulsões (pulsão de morte e pulsão de vida) que o indivíduo não encontra na vida cotidiana.

Os governos e autoridades como médicos, juristas, moralistas, igrejas muitas vezes fazem campanhas preventivas contra as drogas tentando se proteger da disseminação de “depravados”. O discurso, no entanto, é outro quando se fala das drogas lícitas como álcool, onde a propaganda é escancarada e sem censura. A discriminação contra o usuário de drogas ilícitas é muito alta, embora o álcool e o cigarro sejam os maiores causadores de mortes. O álcool é a droga mais difundida e destrutiva de todas e quanto ao tabagismo, há muito pouco tempo seus males vem sendo expostos à população brasileira.

Neste trabalho, o enfoque maior está na investigação da subjetividade do usuário e os aspectos sociais, não no mérito do diferencial das especificidades de como cada substância atua no corpo, na dinâmica psíquica e nas relações com o ambiente. O termo **droga**, quando for utilizado, não estará se referindo somente às drogas ilícitas, mas a qualquer substância que possa ser utilizada para alteração de consciência (a droga tabaco vai estar à margem da discussão) causadora de dependência física e ou psíquica. Até como uma tentativa de desmistificar o peso desta palavra e a hipocrisia social que massacra e marginaliza o indivíduo que utiliza as drogas ilícitas e incentiva o uso das drogas lícitas.

Por que será que esses indivíduos incomodam? Talvez porque eles criam suas próprias leis, experimentam a liberdade, são ousados e contestam os padrões vigentes de comportamento. Tampouco o viver intensamente liberta o indivíduo, para se fugir de uma armadilha, acabam pegos por outra, os jovens estão embarcando nas drogas e não estão refletindo sobre seus atos, estão se deixando seduzir.

Há três grupos de substâncias: as depressoras do sistema nervoso (álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos e opiáceos, lança perfume), estimulantes do sistema nervoso (cocaína, anti-depressivos, anfetaminas, merla, tabaco) e perturbadoras do sistema nervoso (maconha, beladona, LSD, êxtase, raxixe).

A droga pode causar efeitos desejáveis e úteis, na medicina é utilizada para beneficiar a saúde, possui um leque de implicações, desde salvar vidas a alimentar a indústria farmacêutica. As drogas podem salvar ou aprisionar vidas, indústria farmacêutica tem agido com intenções capitalistas e com pouca ética o que tem gerado uma nova categoria de dependentes químicos; os fármaco dependentes e não são exatamente os subversivos que consomem os remédios, são donas de casa e trabalhadores que não estão mais conseguindo lidar com as pressões internas e externas.

Para os que utilizam drogas como divertimento, o avanço tecnológico tem proporcionado a fabricação de novas substâncias com efeitos sensacionais para cada tipo de ocasião, dançar, namorar, viajar, ficar elétrico, etc. *Longenecker(1998)* define esse tipo de usuário como indivíduos que administram drogas sem supervisão médica por motivos não relacionados à saúde, diferenciando abuso de drogas e uso de drogas. O abuso de drogas traz uma conotação de prejuízo à sociedade, ainda sem discutir o mérito da legalidade. Com relação ao tabaco a autora utiliza o termo domestificação, querendo dizer que o consumo de tabaco foi admitido como uma questão de escolha social bem antes que soubessem das conseqüências do hábito. Por este motivo o abuso está disseminado e a educação tem sido o meio de conscientizar as pessoas acerca dos males do tabagismo junto com a diminuição da publicidade para reduzir a aceitação e o apelo ao consumo do produto.

A toxicomania em nível social exige investimentos em tratamentos, campanhas preventivas, combate ao tráfico, gastos com aposentadoria precoce, em nível micro o dependente envolve seus familiares, transtornos à comunidade e estagnação no processo de desenvolvimento como subjetividade, cidadão, profissional, pertencente à um grupo, etc.

Longenecker(1998) traz uma importante contribuição com relação aos efeitos químicos das drogas no cérebro. Diferentes drogas usadas em excesso podem interagir com diferentes áreas no cérebro, uma dessas áreas é um sistema cerebral muito importante denominado circuito de recompensa. Depois que as drogas entram no corpo elas precisam ultrapassar sucessivamente algumas barreiras corporais para finalmente chegar ao local onde produzem seus efeitos. O cérebro é o principal local de ação para as drogas, a recompensa proporcionada a ele é o prazer, uma vez que este prazer é vivenciado ele funcionará como estímulo para o uso contínuo da substância.

O circuito de recompensa é vital para a sobrevivência porque interage com várias áreas do sistema nervoso como, por exemplo, fazer sexo e se alimentar. Inclui sistemas do cérebro relacionados à vivacidade, emoção, memória, motivação, movimento equilíbrio e controle dos hormônios. As atividades relacionadas ao prazer ficam registradas no cérebro associado ao prazer vivido como recompensa pela atividade realizada, fornecendo motivação para continuar vivenciando o prazer através dessa atividade. Um dos neurotransmissores que participam deste processo é a dopamina.

A problemática é muito delicada, os especialistas na área falam que a droga se instala na vida da pessoa para vivenciar o gozo incessante que acaba por torna-se sua prisão. Elas entram e vão substituindo todas as fontes de prazer, até chegar na substituição da comida e do sexo, necessidades básicas do ser humano. Por esse motivo o indivíduo vai abandonando sua existência, abandonando os vínculos com a realidade que o cerca e se alienando no prazer que a droga produz que não é um prazer real, é um prazer falso, no sentido que a vida propriamente dita não está sendo vivida. É o que diz esse depoimento de um usuário de heroína.

Michel, olhe, segure minha mão, sinto seu calor apoderar-se de mim, nossos sentidos despertados gozam os mil ardores do amor.

Sinto o orgasmo e meu ventre como uma queimadura insuportavelmente deliciosa. A heroína apossou-se do meu corpo, de minha alma, não tenho mais fome para matar nem sono para por em dia, uma alegria intensa, uma satisfação completa dos desejos saciaram minha sensualidade. Neste instante, a felicidade adquiriu uma forma nova, intensa, cem vezes, mil vezes mais vida, quase concreta, concreta mesmo no sentido mais forte da palavra. A mulher perto de mim, seus desejos, como os meus, saciados, é apenas uma gata obediente. Nenhuma vontade de fazer amor, frio algum apesar da neve lá fora e do quarto miserável, sem aquecimento. Mesmo o quarto adquiriu proporções: o vermelho das cortinas, desbotado em tempo normal, ficou flamejante, como um sol balançando. O vidro preso no teto livrou-se da sua habitual agressividade branca, o tapete, normalmente gasto até o chão, dança como ondas, cujas cristas espumam.

Rainha das “viagens”, bela entre as belas, a heroína está ali sobre a mesa, no seu papel prateado, a seringa ao lado, a colher, o algodão: arrancado de minha letargia pela mudança sensível que se opera em mim, sento-me na cama, a descida começou, é preciso preencher rápido esta lacuna, este buraco que surge no meu corpo, Jocelyne ainda não sente qualquer problema.

“Você quer uma dose?”

“Não, Michel, ainda não, estou bem. Olievenstein(1980 p.27)

Esta fala demonstra perfeitamente bem como a droga atua no circuito de recompensa, todos os sentidos foram estimulados e as necessidades básicas, fome, sexo e calor foram satisfeitas, apenas porque a droga está atuando no organismo. A heroína é uma substância

com um grau elevado de dependência e toxidade, comprometendo dramaticamente o usuário, porém outras substâncias podem agir com a mesma intensidade no circuito de recompensa. A necessidade do produto ultrapassa a instância da dependência física, porque tem uma relação direta com o significado subjetivo da substância para a vida do sujeito.

Com relação ao trabalho realizado no Brasil, *Olievenstein(1992),apud Bucher(1992)* aponta suas peculiaridades, primeiramente a dificuldade de diferenciar o usuário recreativo do toxicômano, entre usuários ocasionais e dependentes químicos. A droga é um fenômeno social que abarca dimensões afetivas e pessoais, como também sociológicas e antropológicas, tornando o problema complexo e com soluções pouco simples. Para se trabalhar com a grande população são necessárias políticas públicas que destaque objetivamente todas as dificuldades para o tratamento de dependentes. O tema tem sido tratado num contexto de sensacionalismo e dramatização exagerado, mais preocupado com soluções repressivas ao invés de tratar dos fatores de risco que tornam uma população vulnerável e praticamente pré-destinada a ser dependente química.

Bucher(1992) sugere seis princípios fundamentais: a questão da droga deve ser tratada como problema de saúde pública, o problema deve ser abordado em sua totalidade incluindo as drogas ilícitas e lícitas, a política de luta contra a toxicomania deve fazer parte de uma política social geral, a abordagem do problema deverá respeitar a história e tradição do país, a participação da sociedade é fundamental e a política de luta contra a droga deverá basear-se nos conhecimentos científicos do tema.

Traçar metas objetivas já é uma tarefa muito difícil simplesmente porque há aspectos que não podem ser objetivados pela complexidade do fenômeno, não há como trabalhar de forma padronizada as problemáticas diversas. Por exemplo, as várias classes sociais trazem diferentes demandas de atuação: enquanto uns se drogam para esquecer a fome outros se drogam porque não sabem o que fazer com o excesso de estímulos que a sociedade lança sobre ele levando-o a lugar nenhum.

A ganância pessoal e a luta premente pela sobrevivência impelem profissionais exauridos à utilização de drogas estimulantes, relaxantes ou alucinógenas, seja para conseguir cumprir a longa jornada de trabalho, seja para relaxarem ao final de um dia estafante e frustrante – uma vez que as ilusões consumistas prometidas pelo marketing incessante do modo de produção capitalista não se cumprem com facilidade.

A indústria do entretenimento que não possui ética e compromisso com a saúde física, emocional e social da população não tem limites quando o assunto é ganhar dinheiro e não está preocupada com os resultados catastróficos produzidos pelo consumo de álcool e cigarro.

As campanhas publicitárias são especialistas em seduzir e coagir, aproveitando-se das fraquezas, desesperanças, falta de expectativa de futuro que há no Brasil.

Falar sobre as drogas virou um modismo, porém este modismo na visão de *Bucher(1992)* é contraproducente pelos sensacionalismos e dramatizações exageradas, ou ainda apelos emocionais ou moralistas duvidosos, apresentando um panorama distorcido e até caricatural que não equivale à realidade dos consumidores na sociedade brasileira.

As políticas públicas enfatizam a repressão às drogas quando o trabalho deveria ser mais abrangente, detectando as particularidades culturais, sócio-econômicas e pessoais do indivíduo, além de avaliar o custo social, planejar adequadamente as intervenções preventivas e os tratamentos, inclusive de drogas lícitas. A repressão é uma questão legal, só que não atinge os consumidores das drogas lícitas que são as mais consumidas no Brasil e que geram mais dependências. Verdadeiramente para alcançar um bom resultado, o consumo de drogas deverá ser visto como uma questão de saúde pública e educação.

Segundo *Bucher(1992)* um outro grupo de drogas, pouco considerado nos países industrializados, mas amplamente utilizado por grupos sociais típicos de populações de países com baixos níveis de escolaridade e renda – como os garotos de rua – é ingerido através de automedicação e do superconsumo medicamentoso, inclusive de psicotrópicos, além de inalantes e solventes químicos. Pode-se inferir nesse contexto a problemática dos indivíduos de baixa renda, que sem perspectiva de futuro, se entregam ao consumo de álcool e drogas, buscando a alternativa “fácil” marginalidade.

1.2 – A dependência: um fenômeno psíquico ativo

O objeto droga existe sem o toxicômano. O objeto droga sempre existiu ao longo do tempo e por todos os lugares. A atitude do homem é que varia diante desse objeto, conforme o espaço, a ideologia, o lugar e o momento sócio-cultural. Aparece como valor religioso, místico, medicinal, político, social, econômico, cultural, climatológico, militar, etc. No campo da toxicomania, diversos autores abordam a questão da dependência e da vontade individual, sendo que diversos fatores contribuem para esse cenário.

Para *Olievenstein (1990)*, toda falta no ser humano remete a uma outra falta arcaica, é nisso que se situa a especificidade da dependência química e a síndrome de privação é muito mais complexa que simplesmente a abstinência física. A dependência, não é somente um fenômeno passivo, ela é um fenômeno tanto ativo como passivo, vista dessa forma põe em cena o desejo. Com relação à dependência física *Melnan(2000)* estabelece:

A partir do fenômeno que chamamos de “vício” ou de “dependência”, propriedades específicas ao organismo, esta regulação recua cada vez para mais longe. É por isso que existe, como sabemos, tanto no alcoolista como no toxicômano, este problema de doses sempre crescentes, pois o organismo tem esta péssima propriedade de se acostumar e assim, para reproduzir o fenômeno, necessita de quantidades cada vez maiores. (p.133).

Joel Birman(2003), fala de um pacto, se remetendo ao filme *O desespero de Verônica Voss*, do cineasta alemão Fass-binder onde dois médicos de uma clínica tratam de viciar, em drogas pesadas, pacientes ricos. Quando eles estão bem viciados, os médicos pedem que lhe deixem seus bens, de herança, em troca do fornecimento da droga. Nesse estágio, quando a dependência já se instala, os médicos cortavam a droga provocando, assim, a morte do paciente. Com relação a este pacto, que nele estão envolvidos traficantes, governo, medicina e os usuários, o autor coloca:

*Com efeito, nessa versão da atualidade, o que orienta o indivíduo é a busca desesperada de uma poção mágica que impossibilite o reconhecimento do sofrimento inerente à existência, impedindo então a constatação das decepções que uma vida inevitavelmente provoca em qualquer ser humano, de modo que o sujeito possa existir em estado nirvânico. Portanto, nesse pacto, o valor que direciona o sujeito existencialmente é um antivalor, pois é o **não saber** sobre as condições fundamentais do sujeito que está em pauta. Por isso mesmo, trata-se de um **pacto** e não um **contrato**, pois não existe **reciprocidade** quando a vida de uma das partes se transforma em objeto de troca e, então, o contratante necessariamente desaparece. Enfim, o que se estabelece é um pacto de morte, numa transação marcada pela alienação da vida do sujeito no outro, por meio de um objeto ambíguo de satisfação/mortificação. (p. 203).*

Algumas questões são muito intrigantes, por exemplo, como alguém se torna um toxicômano? Ou qual a melhor forma de lidar com esses indivíduos onde o clínico estará em um constante jogo e o toxicômano avança e regride em uma constância prolongada, num processo de estruturação e desestruturação?

A questão dos jovens e dos adolescentes que acabam se tornando toxicômanos gera muitas discussões. Os pais ficam preocupados com as amizades de seus filhos, com o tipo de divertimento que estão tendo. A realidade é que uma grande parcela de jovens podem ter acesso às drogas com facilidade, a cultura do divertimento esbanja prazeres para todos os gostos e para todas as formas de se alienar. Agora, o tema toxicomania se amplia e se torna mais complexo porque temos a subjetividade interagindo com o meio externo, este que seduz e convida constantemente.

Melman(2000) questiona o que é que alguém goza na toxicomania? Para responder a esta pergunta o autor considera esta relação com o objeto de gozo, não se pode falar que esta relação seja evidente, mas os testemunhos falam de uma abolição da existência, ainda que seja uma abolição transitória. E no extremo dessa abolição encontraríamos a morte, onde estaria alcançada a supremacia. Neste ponto o autor faz uma correlação com o prazer no trecho que se segue;

Já tive ocasião de mencionar que chamamos legitimamente de “pequena morte” o ato sexual, que não visa menos a essa espécie de suspensão transitória da existência, tanto durante o ato quanto durante seu decurso. Não vou dar um curso de erotologia, mas sabemos perfeitamente que se a existência se mantém durante o ato, a coisa não foi bem sucedida. O que se situaria antes do lado do sucesso seria que, enquanto sujeitos, justamente temos este momento de abolição, de supressão, acompanhado de um momento de anestesia. (p.72).

Este momento amoroso é quando as barreiras habituais do desgosto estão levantadas, é nessa constante busca que o toxicômano se encontra, a do efeito anestésico, a da “pequena morte”. Só que no caso das dependências químicas, à medida que o tempo vai passando, há o imperativo do aumento das doses, para obter um efeito semelhante, até o momento que isto não funcione mais e que, como diz o toxicômano, “Esta agora é para ficar normal”. Por essa razão Melman(2000) diz que é preciso acreditar que é verdadeiramente para ser normal que tem necessidade da droga. Isto é, abaixa as tensões psíquicas até o ponto ideal buscado, o princípio do prazer está assegurado pela sua droga. Vivendo um paradoxo de busca constante de gozo. Mas como eles se encontram tão facilmente em situação de falta?

Olievenstein(1990) lida com o conceito de falta fundamental, e é desta falta que o toxicômano tem medo.

Ao lado do fenômeno passivo físico-químico, inscreve-se este fenômeno ativo voluntarista que se torna um modo de existência, uma relação com a vida que permite evacuar tudo o que aconteceu com o sujeito desde o estágio do espelho quebrado, que foi buscado no descomedimento e foi encontrado com o relâmpago funcional com o produto. (p. 15)

1.3 – A questão social

A partir dos anos sessenta, o consumo de drogas transformou-se em uma preocupação mundial, em particular nos países industrializados. O tema está presente nos meios de comunicação, no meio educacional e em ambientes de trabalhos, mas muitas vezes não é tratado com o embasamento científico desejável. *“Os meios de comunicação em massa divulgam diariamente uma gigantesca quantidade de informações concernente à produção, distribuição, consumo, tráfico e efeitos sociais produzidos pelo uso de tóxicos, cujo mercado se multiplica de maneira incontrolável” Birman(2003, p.99).*

A questão deve ser discutida no âmbito das políticas públicas e no ambiente científico, pois é bastante complexa; não é um problema para ser circunscrito à área das ciências humanas ou apenas à busca do controle dos efeitos da droga. A toxicomania é um sintoma social a partir do momento que está, de certo modo, inscrita no discurso dominante de uma sociedade em uma dada época.

O mal-estar que concerne à insatisfação fundamental é um sintoma das grandes cidades, as pessoas são anônimas e não pertencem há um lugar. O contexto político, social e econômico não visa o bem estar do indivíduo, mas o bem estar da produção, da lucratividade, das relações empresariais e governamentais. As relações impessoais cresceram e tiveram um custo humano alto, tendendo à eliminação do sentimento de coletividade do ser humano. Nesse contexto, o tráfico de drogas é um fenômeno social e econômico de impacto: caso cessasse completamente provocaria, em alguns países como a Colômbia, por exemplo, um problema orçamentário, pois é um dos principais produtos de exportação (clandestina, é claro).

Quanto ao mal-estar, tão discutido nessa era, *Birman(2003)* diz que não se pode falar em mal-estar sem que se aluda ao sujeito, já que ele se instala no campo da subjetividade, argumentando que *“enquanto contraponto de um suposto bem-estar, o mal-estar é a matéria-prima sempre recorrente e recomeçada para a produção de sofrimento nas individualidades” (p.15).* É imprescindível que o sujeito seja escutado, quem vivencia o mal-estar.

É praticamente impossível, hoje em dia, entender um mundo sujeito a uma mudança acelerada e contínua, fenômeno típico da modernidade. A cultura está voltada para o mundo externo e para o desejo. A nova cartografia do social, onde a fragmentação da subjetividade é

flagrante, aponta para valores construídos a partir da exterioridade. A atuação, no entanto, é profundamente individualista, em contraponto com o passado da humanidade onde o eixo era centrado na interioridade e na reflexão sobre si mesmo e o sentimento de coletividade superava o da individualidade. (*Birman, 2000*)

Nessa perspectiva, a sociedade do espetáculo e a cultura do narcisismo com relação aos “destinos do desejo”, assumem uma direção marcadamente exibicionista e autocentrada, esvaziada e desinvestida das trocas inter-humanas. Esse é o cenário para a implosão e explosão da violência que marca a nossa época.

Birman (2003) lamenta a auto-exaltação desmesurada da individualidade e uma desvalorização da solidariedade e da alteridade: reconhecer o outro na sua diferença e singularidade. Esta mentalidade de cada um por si está formando sujeitos que não conseguem enxergar o outro por não conseguirem se descentrar de si mesmos, imersos na cultura do narcisismo. A cultura do espetáculo permite que sujeitos encarem sujeitos como objetos de usufruto, que poderão ser descartado, porque o que interessa é o engrandecimento da própria auto-imagem.

Alguns traços estruturais de nossa civilização científica, como a tendência a externalização da personalidade, o ataque aos sintomas e não à causa, de assumir feições biológicas e psicofarmacológica, acarretam construções subjetivas que alimentam os empreendimentos ligados ao narcotráfico. A droga se encaixa perfeitamente na cultura hedonista contemporânea, pois ela gera prazer, auto-centramento, experiências novas e excitantes: é a busca constante do gozo, seja nas drogas, no corpo do outro, ou no consumo indiscriminado. Nesse cenário alienante, aumenta a distancia entre o sujeito e a realidade e se espaçam as trocas intersubjetivas. Essa maneira de experienciar o mundo aumenta o mal-estar, aumentando o mal-estar aumenta a sociedade do espetáculo num círculo vicioso.

1.4 – A respeito da estrutura do toxicômano

Existem duas tendências investigatórias a respeito da personalidade do toxicômano: a primeira tende a definir um modelo único de personalidade, ou seja, um tipo só de toxicômano; a segunda se opõe à redução das diversas formas e dos diferentes tipos de usuários a uma representação esquemática única, considerando a primeira tendência reducionista e esquemática. O primeiro modelo encontra adeptos entre profissionais com pouco contato direto com usuários de drogas: juristas, policiais, educadores, pais de família, moralistas.

O estudo da dependência química e das toxicomanias é muito recente. Simmel e Radó, pós-freudianos, foram os primeiros a fazerem uma elaboração sistemática do tema. Simmel investigou a impulsividade dos toxicômanos e a regressão destes para formas pré-genitais de prazer. Segundo Radó que utiliza o conceito de orgasmo alimentar – onde o sujeito ainda estaria preso à oralidade, vivenciando a impossibilidade da experiência do desmame – os toxicômanos, de maneira similar, também buscariam, de modo permanente, a restauração de um estado primário de satisfação absoluta. Ele também articulou variações de humor como oscilações entre depressão e mania: a mania corresponderia à busca frenética do orgasmo alimentar originário, e a depressão indicaria essa impossibilidade, que o toxicômano tenta restabelecer por meio do uso compulsivo da droga.

Estas teorias hoje são insustentáveis. Outros autores, como Fenichel e Rosenfeld, também seguiram o raciocínio da demanda de fusão com o corpo materno, onde o sujeito estaria tentando preencher essa carência oral, que nunca será preenchida. Porém, esses modelos teóricos são insustentáveis por serem muito simplistas e por reduzirem à dimensão estrutural maníaca-depressiva. Esses estudos são válidos por terem sido os primeiros a serem sistematizados.

Alguns autores freudianos defendem a existência de uma quarta estrutura clínica, além das enunciadas por Freud. Nesta quarta estrutura estariam os quadros psicossomáticos, borderlines, estados limítrofes e os toxicômanos. Para *Birman(2003)*, a toxicomania e o alcoolismo estão inseridos na estrutura perversa. Porém um usuário de drogas ou um indivíduo que goste de beber não necessariamente é um toxicômano, pode se encontrar em qualquer estrutura psíquica, neurose, psicose ou perversão.

Para Janete Krissak, diretora da Clínica do Renascer, de Brasília, local de estudo desta pesquisa, a toxicomania é diferente da dependência química. Na toxicomania, o indivíduo tem relação de adição com a substância classificada como droga e se aliena do outro e do mundo, pois a fonte de prazer se reduz ao uso da substância; não raro abandonam a relação sexual. É mais difícil encontrar sujeitos toxicômanos, primeiro porque eles são a menor quantidade, depois porque a procura ao tratamento é menor. O que define um toxicômano não é o tipo de substância que ele utiliza, mas a relação que ele estabelece com a droga.

É relevante marcar, segundo *Birman(2003)*, para o estudo das toxicomanias a diferença conceitual entre o eu ideal e o ideal do eu. O eu ideal é a instância primária em que se constitui o eu do sujeito - denominado de narcisismo primário - e fundada no investimento libidinal do outro; porém a relação é dual e com a própria imagem; o sujeito se define como seu próprio ideal. Com o ideal do eu (ego), o sujeito já não é o seu próprio ideal, mas algo que

o transcende e que ele pretende atingir. A relação passa de dual para triangular e o sujeito será marcado pela instância paterna em sua subjetivação. Lacan assinala que o ideal do eu é marcado pelo impacto do pai no psiquismo infantil.

Como pai ideal, a relação do sujeito com essa figura só pode ser de aniquilamento, num embate mortal em que apenas um dos rivais pode sobreviver ... O psiquismo do sujeito oscila entre um triunfo onipotente sobre a figura do pai, numa fusão com o corpo materno que não admite qualquer castração, e a depressão, ameaça de morte, que indica a ausência da infusão materna. Nesse contexto, a droga é um fetiche, objeto parcial cuja incorporação permite a ilusão do restabelecimento da plenitude do eu ideal do infante e da onipotência fálica da figura feminina. Birman(2003, p. 214).

A figura do pai no alcoolismo, dependência química e toxicomania encontra-se no limite da ausência. Mas a figura paterna é procurada e se mostra nos clássicos delírios de ciúmes dos alcoolista e na confraternização homossexual nos bares mantendo o sujeito no ciclo, fantasia incestuosa materna, impossibilidade do desmame e castração simbólica e a impossível relação com o pai, que provocaria angústia de castração. *Melnan(2000)* tem um discurso parecido quando escreve que o alcoolista não tem pai e quando dois deles se encontram é em torno de uma garrafa, objeto pelo qual vão interagir, na divisão da mesma garrafa eles são camaradas. Com relação a essa busca incessante por essa figura paterna o autor fala;

O alcoolismo não tem pai. Ele procura um pai porque sente-se sempre terrivelmente só. Quero dizer que, nessa posição onde ele não tem pai, não há semelhante ao nível imaginário. Procura um semelhante para poder ver a si próprio. Não é por amor ao semelhante, é para verificar a cara que ele mesmo tem, já que não a tem no outro. Pois o que vocês vão poder observar no alcoolista, é o quanto ele não se ver. Chega diante de nós roxo, com o rosto marcado, vermelho e diz: “Quem? Eu bebi?” (p. 132).

Nos estudos de *Bucher(1992)apud Bergeret,(1992)*, não existiria uma estrutura psíquica profunda e estável específica dos comportamentos de dependência e o comportamento de dependência não altera a natureza específica da estrutura psíquica profunda, somente seu funcionamento secundário. E a dependência de um produto tóxico é buscada pelo sujeito, enquanto tentativa de defesa e de organização contra as deficiências ou falhas ocasionais que a estrutura profunda possa apresentar.

A busca de diagnóstico é muito questionada, segundo *Bucher(1992)*, corre-se o risco de sacrificar o toxicômano a uma tentativa de generalização e abstração. Não há toxicomania,

há toxicômanos. E esquecendo pode-se transformar a psicopatologia em uma ciência epidemiológica, psicométrica ou estatística. Os dependentes ficam classificados em categorias, porém os próprios, não se reconhecem e nem se encontram ali, porque a experiência está muito distante do conceito.

1.5 – O tratamento em uma visão psicanalítica

Para Birman(2003), a psicanálise constitui um instrumento muito delicado e paradoxal em função dos efeitos contraditórios produzidos pela transferência. Considerando-se esse aspecto paradoxal o analista deve se monitorar para estar ciente da ética que regula seu lugar e sua função analítica, para que não se instale na posição de salvador, trazendo porções mágicas transformando o setting em um veneno prazeroso para a restituição de sua estrutura narcísica. *“A função do psicanalista é escutar o desejo do sujeito e ser o suporte para a formulação de uma demanda, e não agir e satisfazer o que lhe é pedido”*(p. 204). Se não for dessa forma o analista estará sendo mais uma peça no pacto de morte, onde o sujeito é vivido e não é autor de sua existência.

O sujeito precisa sentir a falta do preenchimento que o prazer imediato proporciona para entrar em contato com os conteúdos dos quais ele vem fugindo e iniciar um processo de amadurecimento. O toxicômano deverá percorrer esse caminho sozinho, somente ele e mais ninguém poderá fazer. Esta é a grande dificuldade de quem convive com um toxicômano, para a família e amigos, é uma realidade difícil de aceitar porque na maioria das vezes o sujeito não quer, não encontra razões ou não está preparado para realizar este caminho.

A demanda de análise normalmente vem por outras razões que não a compulsão pelo uso de drogas. O uso de drogas aparece no andamento do processo, e segundo Birman(2003), relacionados à procura de formas substitutivas de prazer não oferecidas pela abstinência que norteia o ato psicanalítico. Porém, os usuários de drogas não são os únicos resistentes, nenhuma estrutura psíquica procura análise enquanto o sujeito se encontra em relativo equilíbrio com suas formas de gozar. Somente quando o desprazer atinge limiares insuportáveis, quando os referenciais identificatórios do sujeito se rompem ou ameaçam de romper é que se instala uma demanda de análise.

Não se pode esquecer que a posição do analista implica o rompimento com a ideologia de higiene social e com o moralismo tradicional que constitui um sistema acusatório sinistro contra os usuários de drogas. O analista também não pode ser o defensor das ideologias familiares, tomar partido dos pais ou dos conflitos geracionais e sim *“É evidente que os*

produtos químicos inertes produzem o imaginário e o prazer, produção que não é redutível a um processo físico-químico. Este conteúdo é uma criação, por exemplo, do místico ao erótico figurado que pertence especificamente a espécie humana.” (Olivenstein (1980, p. 205).

O usuário deve sentir a liberdade de procurar seu tratamento, fazer esse caminho com autonomia. Cair nesses projetos de redenção médico-social para falar que as drogas fazem mal, que as drogas matam, que é amoral e ilegal não funciona. Sem subestimar a importância das campanhas educativas que têm o seu papel no combate e na prevenção, o mergulho para o tratamento é muito mais profundo, sustentado no desejo de cuidados com a interrogação na situação existencial em que se encontra.

O trabalho com a toxicomania vai muito além da desintoxicação, pois o sujeito tem que aprender a lidar com o vazio e a angústia que vem com a falta e este é o desafio. É evidente que os produtos químicos inertes produzem o imaginário e o prazer, produção que não é redutível a um processo físico-químico. Este conteúdo é uma criação, por exemplo, do místico ao erótico figurado que pertence especificamente a espécie humana. (Olivenstein 1990)

Os efeitos destes produtos são insubstituíveis, como curar algo insubstituível? Para Olivenstein(1990), somente na relação “pervertida” terapeuta-cliente, muito íntima, quase funcional de início, é que se chegará às verdadeiras razões do sofrimento, até então incomunicáveis. Pouco a pouco instituir-se-á uma relação mais distanciada. O tratamento é delicado, na intensidade da recordação vivida; corre-se o risco de uma nova fuga para as drogas como solução para a impossibilidade de suportar uma separação. A dependência é uma alucinação perversa em ação.

É no dia em que desaparece o prazer que se instala a falta. É uma questão de intensidade e não de causalidade, somente a intensidade da falta pode contrabalançar a intensidade do prazer. Há uma seqüência repetitiva parcialmente voluntarista “prazer-sofrimento”. O sofrimento é a alternativa desejada, na falta do prazer. E quando se organiza essa substituição é que a própria falta se transforma em objeto de desejo substituindo o objeto droga, que não pode mais cumprir seu papel senão pela comparação. (p. 29)

Dizer para um dependente que ele tem a possibilidade de experimentar o que a vida pode proporcionar sem as drogas não funciona. Em uma clínica de tratamento o uso é proibido, em qualquer outro lugar eles podem usar drogas, um buraco no todo. Quando estão internados, cria-se a falta que trará à tona a angústia, abrindo uma demanda de trabalho e iniciando o processo terapêutico. Muitas vezes o sujeito está aquém de uma análise e chega

com um discurso que precisa se desintoxicar acreditando que seus problemas serão resolvidos após sua desintoxicação. Por isso que o trabalho com dependentes dificilmente se fecha com apenas uma internação, em muitos casos o analista irá instigar o sujeito na tentativa que ele comece a se interrogar.

O período de desintoxicação é muito delicado e antes de sofrer de angústia ele sofrerá de abstinência, ocorrerão manifestações fisiológicas e psíquicas. Faz-se necessário o uso de medicamentos para realizar um desmame menos doloroso e evitar complicações como alteração de humor, perda do controle, *delirium tremens*, surto psicótico induzido pela substância ou alucinações.

Eles vivenciam um desejo de normalidade e ao mesmo tempo uma impossibilidade de normalidade. O sujeito desintoxicado sofre pela falta de dependência. O sofrimento, quando estão em abstinência, pode conduzi-los a aceitações masoquistas e alienantes substituindo uma dependência por outra dependência, que pode ser pelo terapeuta, pela instituição que está se tratando, etc. De todos os sofrimentos, somente o seu é proibido por uma culpa moralizante.

O verdadeiro terapeuta é aquele que permite esta nova descida ao inferno para o toxicômano poder acessar o verdadeiro sofrimento com o suporte adequado. É necessário abandonar a onipotência terapêutica, mostrar-se nu diante do sofrimento do outro. Como também é necessário que o terapeuta não esteja cego pelos preconceitos normativos e/ou científicos. Dessa forma, eles alcançarão uma série de pequenas vitórias, um fenômeno de inclusão no real e de oclusão da droga no psiquismo do sujeito.

Um dos obstáculos do tratamento é o conceito de realidade que rejeita o sujeito em seu isolamento. Realidade dura e exigente interiormente com uma realidade difícil e incompatível com a exterior. *Oliveinstein(1990)* acredita que uma relação terapêutica produtiva irá preencher o vazio, pois irá se instalar a dependência terapeuta-sujeito, mais ativa do que com o produto, onde a lei será construída a partir dessa realidade.

A perversidade é a única maneira de ser possível no mundo do toxicômano. É uma luta constante do seu desejo consciente do que deve fazer e seu desejo inconsciente de se deixar levar por todas as fantasias do imaginário. Porém, diante de uma personalidade frágil, de um fantástico caos interior que só consegue reagir no campo do imprevisível.

Esses conflitos que irão se dimensionar e tomar nova direção na relação terapêutica permitirá ao sujeito construir seu mundo, o qual não é e nem será o mundo asséptico de uma normalidade que renegaria o seu passado e seu adquirido. Relação esta que pode aliviar o sofrimento, aceitando que o sujeito não está mais na falta e nem na divindade.

Este caminho é difícil de percorrer. A lembrança do prazer do uso em sua memória é desconcertante. É difícil encarar a normalidade, sua monotonia, as responsabilidades do dia a dia, tediosas, repetitivas, cansativas. Pode chegar um momento que ele consiga aceitar essa realidade e aprenda a lidar com a banalidade, com os momentos difíceis e tediosos e também com os momentos de prazer e desfrute. Assim é a vida; vôos e quedas, monotonia. Até chegar o momento da incrível mistura de contradições desaparecer. É preciso tempo para construir, em um combate permanente, o adquirido. A recordação dos efeitos do produto pode então ser utilizada e metabolizada de outra forma. *Olivenstein(1990)*.

Quando o toxicômano sabe que atingiu o ponto de não retorno, ele é invadido por uma saudade ambígua. Aproximou-se do paraíso e do inferno, tendo a imperiosa pulsão de querer novamente exceder ao extremo. Renunciar a isto se traduz nessa saudade, que a qualquer momento pode se transformar em melancolia.

A toxicomania resulta do encontro de um produto, de uma personalidade e de um momento sócio-cultural. O tratamento deve englobar cada um dos três parâmetros. No estágio de fusão com o produto, o sujeito tende a manter uma recordação embelezada dos seus efeitos, partindo do princípio de que a noção de prazer causada pela substância continuará por muito tempo. Eis o obstáculo a ser vencido, através de três fases sucessivas: desmame físico, isolamento do meio e psicoterapia específica.

Aplicando-se esse esquema com rigor, constrói-se o caminho para a democracia do sujeito. A toxicomania não se cura como uma doença orgânica qualquer, não se trata de fazer uma desintoxicação. O trabalho terapêutico levará o indivíduo a uma confrontação com as imagens de identidade e a formar uma opinião sobre suas escolhas. A forma como esse processo irá caminhar e chegar a um desfecho é responsabilidade do paciente, dentro do seu próprio ritmo e de sua atmosfera e compromisso vivencial. Se o processo não for gradual o toxicômano pode se deparar com um sofrimento inimaginável podendo levá-lo à desistência.

Com o desmame físico, lembrando que a dependência não é passiva, mas sim uma maneira de ser no mundo que o protege de suas angústias fundamentais. É importante que o ambiente seja acolhedor, mas permitindo que o cliente construa sua autonomia quando estiver preparado. No desmame deve haver produtos transacionais suficientemente bons para atuar sobre a síndrome de abstinência.

No isolamento do meio, ocorre a identificação dupla: estar no mesmo espaço grupal de toxicômanos abstinentes, gerando um processo identificatório. Nesse espaço há possibilidade de jogo.

Se o terapeuta estiver constantemente presente o limite ético será fundamentalmente o seguinte: todo toxicômano deve ser levado à independência, portanto a ruptura com o aparelho institucional e o terapeuta deve ser a meta a ser encontrada. Se a relação de dependência for um fim em si, afetará não somente a dignidade como liberdade do homem. E por não poder reparar o espelho, a demanda do toxicômano continuará, ocupando o espaço que a droga ocupava.

Na psicoterapia específica, haverá o anúncio de um programa de longa duração que implicará em muitas decepções. A intervenção do terapeuta é constante. Ele deverá seduzir, confrontar, convencer, brincar, interpretar, desalojar, porém orientando o mais possível a terapia para um acordo com o real exterior.

Para o toxicômano existem dois fundamentos: jamais se termina perfeitamente e nada é mais interessante ao mundo do que as coisas do êxtase. Cura, compromisso negociado e para isto, deve ser levado em consideração o vivido do toxicômano, sua relação com o prazer, um sentimento de ser quase Deus e o sofrimento inaudito do sujeito intoxicado.

A presente pesquisa pretende dar um mergulho nas diferentes zonas de sentido que envolvem o processo de torna-se e ser um dependente químico que atuam em meio as suas interações complexas entre subjetividades social e individual.

1.6 – Problema e objetivos:

No Brasil, as políticas públicas antidrogas estão voltadas para a proibição legal, a repressão e a divulgação dos males da dependência. Tal estratégia está embasada no modelo jurídico-moral predominante e abarca apenas as drogas ilícitas; no caso de outras drogas, de amplo consumo na população como o álcool e o tabaco, o tom predominante é um alto grau de tolerância.

Na tentativa de romper com o preconceito e o estereótipo, este trabalho visa discutir outras perspectivas, que não a do modelo de ação governamental, para o problema da drogadição.

O foco da investigação terá cunho no aprofundamento e desenvolvimento da questão, sem preocupação com levantamento de dados estatísticos e conceituações gerais. A riqueza do trabalho estará na possibilidade de vislumbrar a vivência subjetiva do sujeito pesquisado, seu processo de conscientização com o tratamento, as dificuldades encontradas, as derrotas e conquistas, as razões que contribuíram na escolha do sujeito para o caminho da dependência química, etc.

Objetivos específicos:

- Perceber de que forma o ambiente social influencia para um uso crescente de álcool e drogas em geral. Qual a função da droga na vida das pessoas atualmente?
- Como é a vivência subjetiva de cada um, inclui história de vida, auto-imagem, qual o lugar que eles sentem que ocupam na sociedade, como eles enxergam o processo que os tornaram dependentes químicos.
- Compreender as especificidades do tratamento a partir da vivência do usuário, a relação com o profissional, o que esperam da internação, pontos positivos e negativos sobre o tratamento. Constatar como ele aprende a lidar com o gozo e sofrimento, a oscilação entre a plenitude prazerosa e o vazio da falta.

CAPÍTULO II

O método de pesquisa

2.1 – Fundamentação da opção metodológica

Tese do grego (thesis), representa “ação de pôr, deixar”, é um trabalho de pesquisa científica, em que o autor propõe um problema, faz uma pergunta ou levanta pressupostos que devem ser respondidos através do emprego de recursos metodológicos adequados para chegar à elaboração de novos conhecimentos e contribuir com algo novo às teorias científicas. Para os alunos de graduação, o termo é de iniciação científica, como denominou Turato(2003), onde a exigência é menor e compatível com o conhecimento científico do aluno.

A pesquisa será realizada nos padrões da pesquisa qualitativa, que pela amplitude do método, permite um conhecimento aprofundado sobre o objeto de estudo. Na pesquisa qualitativa o roteiro do pesquisador está orientado para o diálogo, que busca através da informalidade, uma revelação do interior do pesquisado, que não pode ser atingindo através de perguntas e repostas diretas e objetivas. Para que esta revelação ocorra, o pesquisador deve ter todo cuidado na escolha dos instrumentos de pesquisa, dar chance para a manifestação do inesperado, criar um bom vínculo e ter uma postura receptiva e simpática com o pesquisado.

A pesquisa qualitativa se dá pelo interesse do estudo do significado, é mais importante para o pesquisador saber porque os pais levam seus filhos ao médico quando estão com febre, do que quantos pais levam seus filhos ao médico quando estão com febre. Para este fim, o pesquisador realiza um trabalho investigativo na tentativa de compreender quais são os sentidos e as significações dos fenômenos na vida do sujeito. Ainda sobre o campo de investigação da pesquisa qualitativa Turato(2003)apud Britten(1995) aborda:

Devemos aludir quanto à pesquisa qualitativa, que vem tornado possível a investigação de crenças e atitudes sobre assuntos/temas delicados em que uma relação íntima de confiança pode permitir o acesso do pesquisador a dados que não seriam acessíveis por métodos quantitativos(p. 154).

O trabalho de campo, com o suporte da fundamentação teórica, será essencial para a solução do problema. O pesquisador no momento inicial de elaboração não tem clareza acerca do problema e dos objetivos porque eles são construídos no percurso, podendo inclusive, passar por alterações no desenvolver. Turato(2003) define problema como um termo que

remete a uma questão proposta para solução ou consideração. Do grego (pro)ballein) onde (pro) indica movimento para frente e (ballein) atirar. Turato(2003), apud. Gava(1998) sobre problema diz ser uma questão ou situação não imediatamente inteligível que requer uma clarificação e/ou solução.

Quando o sujeito pesquisado se defronta com a pesquisa, encontra-se em uma situação de teste ou entrevista onde vários fatores podem interferir no valor das respostas dadas por ele. É difícil ter a convicção que exista uma pesquisa pura ou um levantamento de dados brutos, mas uma atmosfera espontânea e acolhedora vai facilitar uma comunicação verdadeira e uma investigação ampla vai proporcionar resultados mais “reais”- no sentido que descarta a resposta objetiva e aceita a complexidade dos fatos - gerando uma estimulação maior do pesquisado em participar da pesquisa.

González (2002) afirma que os métodos tradicionais de pesquisa colocam de lado o ambiente e o próprio sujeito, se o homem é interativo, os processos que caracterizam suas relações se constituem em sua expressão subjetiva não podendo isolar suas características psicológicas do contexto em que se manifestam, como exemplo, os testes de inteligência, que na tentativa de isolar a inteligência como entidade objetiva, acabam por contaminar o processo de avaliação.

Essa contaminação pode passar despercebida por estar em uma dimensão subjetiva, se não há brecha para expressão, podem ficar ocultas características como nervosismo, influencia do ambiente de pesquisa, acontecimentos na vida particular do indivíduo que esteja alterando seus pensamentos e emoções, se o indivíduo se sente pressionado em situação de teste, etc. Se toda essa revolução subliminar está em comunicação com o conteúdo das respostas esse resultado não será puro e isolado. Sobre o diálogo, González(2002) expressa:

Toda pesquisa qualitativa deve implicar o desenvolvimento de um diálogo progressivo e organicamente constituído, como uma das fontes principais de produção de informação. No diálogo se criam climas de segurança, tensão intelectual, interesse e confiança, que favorecem níveis de conceituação da experiência que raramente aparecem de forma espontânea na vida cotidiana (p.56).

Na metodologia positivista tradicional, o pesquisador estabelece uma relação “objetiva” e fria. Esse tipo de pesquisa não considera os aspectos que foram discutidos acima, o pesquisado recebe uma instrução geral e uma demanda de uma postura cooperadora para o projeto. Diferentemente da pesquisa qualitativa onde a demanda está exatamente na participação com um compromisso crescente, como também na produção de idéias e não de

comprovação de hipóteses. Na pesquisa qualitativa amplia-se o pensamento na sua conclusão ao invés de desembocar em um afunilamento com a análise de dados despersonalizada. A ênfase na construção teórica não desmerece o momento empírico e a relação entre o empírico e o teórico é implícita, indireta, mediada e podendo ser contraditória.

González(2002) acredita que simplificar o objeto de estudo (problema concreto para determinar variáveis que serão objeto de operação suscetível de correlação estatística) e apresentar caráter invariável a priori (toda pesquisa é dirigida à comprovação das hipóteses derivadas dela), o problema aparecerá como entidade estática e orientando o restante das operações do planejamento da pesquisa empobrecendo e limitando seu desenvolvimento.

A respeito da pesquisa qualitativa o autor explica que o problema não representa uma entidade concreta coisificada. O pesquisador sabe que direção vai tomar, só que, inicialmente, se encontra de forma difusa e pouco estruturada, caminhando para um processo de construção que pode se desenrolar de diversas formas. Inicialmente o problema pode estar inacessível à representação do pesquisador. A pesquisa qualitativa é valiosa não só pelo conhecimento que produz sobre o estudado como pelas novas zonas de sentido que permite descobrir.

O processo de aculturação do pesquisador no campo é vital, sendo necessário um certo tempo para que isso ocorra. É importante que o pesquisador conheça o funcionamento do local estudado, sua rotina e hábitos para quando ele for exercer o papel de entrevistador, esteja inserido e poderá participar conjuntamente na construção do *setting*. Vivenciar a cultura do lugar, as relações socialmente organizadas e originadas pelo convívio de uma certa população com suas regras, comportamentos e valores é importante para que possa haver uma boa comunicação e interpretação da significação dos fenômenos adequadamente.

Para uma boa investigação clínica, a postura do entrevistador estará em uma disponibilidade e sensibilidade interior de acolher as angústias e ansiedades existenciais. Sendo a ansiedade a força propulsora inerente ao homem que o leva a buscar soluções para os problemas cotidianos e demandar as ordens que não são visíveis a olhos comuns, buscando o sentido, significações e reflexões acerca dos problemas e histórias de vida dos pacientes dependentes químicos em processo de tratamento.

2.2 – Explicitação do cenário da pesquisa

O bom pesquisador qualitativo age com cautela no momento de construir um projeto de investigação, iniciando no ponto adequado. Primeiro a escolha do grupo de sujeitos, para

garantir a operacionalidade da pesquisa, depois a escolha de bons e corretos instrumentos que garantam uma coleta de dados refinados com novos aspectos para serem discutidos no relato científico.

Turato(2003) denuncia a falta de experiência de pesquisadores e professores em preparar os alunos para as etapas naturais que devem ser conduzidas pelo autor de um empreendimento científico. Muitas vezes, seguir uma metodologia de acordo com o perfil pessoal do aluno (características individuais de personalidade) e sobre o amparo da cosmovisão que o norteia, corre-se um risco. Como consequência, se o erro não for corrigido, o resultado final produzirá conclusões epistemologicamente ilegítimas.

Assim, por uma ordem lógica, o pesquisador vê brotar em si uma pergunta, que freqüentemente pode permanecer nebulosa por um tempo, pode fazer parte de suas ansiedades existenciais, mas é essencial que possa ser feita à sociedade. Com a pergunta o grupo estará metodologicamente definido podendo partir para a elaboração dos instrumentos de pesquisa.

Será realizado um estudo de caso de um indivíduo em processo de tratamento na instituição Clínica do Renascer, clínica particular do Distrito Federal, funciona com o sistema de internação e atende drogadictos ou usuários de qualquer tipo de substância que cause dependência física e/ou psíquica. Por ser uma instituição privada o público é restrito, tem acesso os pacientes com poder aquisitivo ou que os possuem convênio com planos de saúde - trabalhadores, pensionistas, aposentados ou dependentes.

A autora desta monografia conviveu com a instituição por um período de oito meses, de março a novembro de 2004, acompanhando os trabalhos de grupo (terapias e atividades específicas) e a rotina da instituição. Esse estágio foi acompanhado com sessões semanais de supervisão e um curso, “O estudo das toxicomanias”, proporcionando um contato com o suporte teórico que sustenta o funcionamento da clínica, a droga e suas classificações e efeitos, medicamentos, etc.

O foco dos encontros com o sujeito em tratamento na instituição é conhecer suas perspectivas com o tratamento e como sua história de vida e suas escolhas fizeram dele um dependente químico. Bem como discutir sobre as dificuldades que enfrentou estando internado, longe do convívio social, os aprendizados, o que significa para ele deixar de ser um usuário, como será enfrentar a vida sem a substância.

Para entender um pouco a instituição, começando pelo espaço físico da clínica, ela é literalmente uma casa residencial adaptada, com suítes de “hóspedes” que possuem de quatro a cinco leitos (masculino e feminino), uma grande sala para grupos, que nos horários vagos é de televisão, sala de estar e varanda, mesa de sinuca, cozinha e refeitório, enfermaria,

consultórios para atendimento individual. A área externa possui estacionamento, churrasqueira (também utilizada para grupo), quadra de esportes, campo de futebol, a casa da administração, pequeno galpão para atividades artísticas e manuais que constitui a terapia ocupacional, ampla área verde.

Todo esse espaço físico e funcional da clínica cria um ambiente agradável e acolhedor para seus pacientes e ao mesmo tempo propício e estruturado para o tratamento psicológico e médico, a nível coletivo e individual.

Quanto à parte estrutural funcional, a Clínica do Renascer é composta por uma equipe com psicólogos - que trabalham com a abordagem psicanalítica -, médicos (psiquiatras e clínicos gerais), enfermeiros e terapeuta ocupacional, que juntos, formam uma rica equipe multidisciplinar que tem por prioridade, trabalhar para garantir o tratamento adequado para seus pacientes.

Em geral, o sistema de funcionamento e tratamento da clínica se inicia com a internação do indivíduo, o primeiro passo é a medicação para aliviar os sintomas da abstinência e iniciar o processo de desintoxicação. É comum o paciente chegar ainda sob o efeito da droga e possivelmente não vai demandar um tratamento psicológico, depois, a rotina com terapias de grupos diárias e atividades afins vai convidá-lo à reflexão, ao autoconhecimento e à catarse de suas emoções. Espera-se também, que o paciente construa uma demanda de análise individual onde ele vai escolher o psicanalista que sentiu mais afinidade para atendê-lo.

A rotina dos pacientes já internados é composta, pela manhã, por grupo de terapia, sendo uma manhã reservada para terapia de grupo com familiares, à tarde, atividades diversas, divisão de tarefas (os pacientes assumem algumas responsabilidades dentro da clínica), grupo de contenção, grupo de reflexão e estudos, terapia ocupacional e a tarde de receber visitas. Aos sábados acontece o encontro do AA e grupo de voluntários.

Quando o paciente está engajado no tratamento, o processo de alta costuma ser gradativo, com possibilidades de sair do sistema de internação para HD (hospital dia), depois indicação de meio HD, como pode ficar vinculado à clínica como voluntário e/ou participando do grupo de AA. O processo adaptativo ao mundo externo é sutil e gradativo, tão significativo quanto o processo adaptativo de sua entrada e inserção no tratamento. A análise individual pode continuar via ambulatório ou consultório, dependerá do interesse e necessidade de cada um, como também das possibilidades financeiras ou autorização do convênio médico, sendo que este último, muitas vezes não beneficia o usuário.

2.3 – Descrição dos instrumentos utilizados

Turato(2003) discute a importância do ambiente natural como local certo para a coleta de dados, pois a configuração ambiental engloba e preserva as incontáveis características e relações das pessoas alvos do estudo. Uma instituição pode ser considerada como ambiente natural, dependendo do foco da pesquisa, como explica o autor; *“para fins metodológicos, que, por exemplo, um espaço físico-estrutural, cotidiano, de prestação de serviços clínicos (constituindo-se nos settings de saúde) configura-se o **ambiente natural** das pessoas, enquanto ali envolvidas em seus processo clínicos, preventivos e ou terapêuticos (p.250).”*

Segundo González(2005), *“o instrumento é considerado como a única via legítima para produzir informação em pesquisa(p.38)”*. O instrumento, na pesquisa qualitativa, é uma via interativa onde não há uma possibilidade de encontrar resultados objetivos que reflitam a natureza do estudado sem influência do pesquisador. Instrumento é *“toda situação ou recurso que permite ao outro expressar-se no contexto da relação que caracteriza a pesquisa (p.42).”*

Os instrumentos não seguem regras padronizadas de construção, mas representam uma fonte de informação. Aqui, a informação almejada, será proporcionar uma relação entre entrevistador e entrevistado que culmine na livre expressão do sujeito, uma expressão aberta e comprometida. Por esta razão, o principal instrumento a ser utilizado nesta pesquisa é o da conversação, que representa uma ruptura com a epistemologia estímulo-resposta.

O sistema conversacional *“permite ao pesquisador deslocar-se do lugar central das perguntas para integrar-se em uma dinâmica de conversação que toma diversas formas e que é responsável pela produção de um tecido de informação o qual implique, com naturalidade e autenticidade, os participantes.” (González, 2005, p.45)*

Ainda sobre a conversação, é sabido que esta permite uma co-responsabilidade, porque nela os participantes se sentem sujeitos do processo onde cada um atua de forma reflexiva, ouvindo e elaborando hipóteses. O pesquisador e o pesquisado integram suas experiências, suas dúvidas e suas tensões. Esse instrumento, se bem utilizado, facilita o emergir de sentidos subjetivos.

A conversação além de rodear a produção de conteúdos significados relacionados com o objetivo da pesquisa, ela se amplia a vários campos da vida do indivíduo, o que enriquece ainda mais o produto final da pesquisa.

Na conversação, os indutores funcionam como estimulantes para a dinâmica conversacional, o pesquisador deve procurar comentários, reflexões e temas que incentivem o sujeito pesquisado à fala. A criatividade, experiência e iniciativa são fatores importantes,

porque o pesquisador deve estar atento e proporcionar ao sujeito que aprofunde sua fala e também ao momento de invocar temas gerais que impliquem o outro, ou que estejam relacionados com a pesquisa.

O complemento de frases, sendo um instrumento que apresenta indutores curtos a serem preenchidos pela pessoa que o responde, também será utilizado como instrumento. Segundo González(2005), esses indutores são de caráter geral e rodeiam as questões que o pesquisador deseja que o sujeito se expresse intencionalmente, por serem indutores curtos, auxiliam o deslocamento do sujeito permitindo a expressão de sentidos subjetivos em áreas e aspectos muito distintos da vida da pessoa.

A possibilidade de elaborar um sistema de hipóteses que se integram e marcam o curso da produção da informação é outra justificativa para o complemento de frases ter sido escolhido como instrumento. Na sua elaboração, o complemento de frases não possui regras rígidas, pois os sentidos subjetivos significativos na vida do sujeito aparecem de formas diversas e dispersos nos vários setores de sua vida; com a interpretação do pesquisador os diversos caminhos vão ganhando significado.

O trabalho de campo acontecerá sob a forma de encontros (uma média de quatro ou cinco) com duração de uma hora cada. No primeiro acontecerá a formação de vínculo, interação da história do paciente utilizando-se o instrumento da conversação, ou como denominada por Turato(2003), a cadeia de levantamento de informação. Na entrevista não-diretiva ou centrada no cliente o entrevistador mantém uma postura acolhedora e de escuta, incentivará o entrevistado à livre associação.

No segundo dia, além da conversação haverá um questionário com questões abertas, este é um instrumento associado ao estudo de representações e de crenças conscientes do sujeito, agora, com o questionário, como as respostas são mediadas pelas representações sociais e pelas crenças dominantes, corre-se o risco de não alcançar o sentido subjetivo do sujeito do que vem sendo tratado. Por esse motivo, o questionário será mais para orientar os passos do entrevistador, funcionará mais como indutor e as perguntas serão lançadas se for conveniente. O último encontro se dará pelo complemento de frases.

Os encontros que se seguirão irão acontecer em diferentes momentos da internação do sujeito e a fase logo após a alta. Dessa forma será possível fazer um acompanhamento de toda as fases do tratamento, como será a reinserção no seu cotidiano e como ele enfrentará as dificuldades com o auxílio das novas ferramentas que adquiriu no período de internação. Esses encontros pós-tratamento vão permitir constatar as evoluções, as situações inesperadas

e o grande desafio de mudar, que enquanto se está internado, permanece protegido e idealizando, mas outra coisa é encarar o contexto conflitante.

2.4– Sujeito pesquisado

Esta pesquisa consiste em um estudo de caso. Para a pesquisa qualitativa, segundo González(2005), os estudos de caso são significativos porque defende a qualidade dos trechos de informação produzidos que inaugura uma maneira diferente de definir a legitimação da informação no modelo teórico em construção. A qualidade da pesquisa em um estudo de caso é intrínseca ao próprio processo de construção, às suas demandas, que se define pela abertura de novas zonas de sentido que ampliam a significação do modelo em desenvolvimento no curso da pesquisa. Por exemplo, diversas teorias em psicologia desenvolveram-se com base na psicoterapia.

Não existe número ideal e pré-determinado, como não há modo certo ou errado de construir amostra - uma parte da totalidade que compõe o fenômeno coletivo - em pesquisa qualitativa, pois não segue uma lógica estatística, comum à pesquisa positivista. O estudo de casos passa por uma questão teórica na tentativa de compreender a construção de modelos sobre o problema estudado e não a caracterização de populações.

Turato(2003) expõe critérios iniciais gerais para inclusão de indivíduos ou indivíduo no grupo para estudo, aqui estão os úteis para esse estudo: diagnóstico clínico confirmado pela equipe de saúde responsável como portador de entidade nosológica em estudo, vinculação ao sistema de saúde, concordância em e tempo livre, desejo de partilha, condições mínimas intelectuais, emocionais e físicas pra expressar-se de modo natural sobre os tópicos da entrevista.

O sujeito selecionado para a pesquisa, compõe os pressupostos do trabalho e se dignifica a trazer informações substanciais sobre sua experiência com o álcool. Portador do problema e em processo de tratamento poderá ser escutado quanto aos sentidos e significações que atribui a eventos ligados a sua relação com a dependência química, sua história de vida, seus vínculos afetivos e a influência do meio social no seu processo de adoecimento.

O paciente é nascido em Brasília no ano 1978, residente em Planaltina – DF, do sexo masculino, segundo grau completo, solteiro, funcionário público - carteiro -, crê em Deus, não possui religião. Internado em 9 de setembro de 2005, como primeira internação.

2.5 – Metodologia adotada para a construção da informação

A construção da informação na presente pesquisa será realizada por intermédio de um estudo de caso, como mencionado, que representará no curso de um processo progressivo, ativo e aberto de construção e interpretação, um momento construtivo e de produção de idéias.

Momento que, de acordo com González(2002), proporcionará no decorrer da construção das informações, uma complexa articulação entre as informações oferecidas pelo caso, pelas elaborações prévias do pesquisador no momento da construção teórica e por meio das informações e reflexões geradas pela confrontação entre a riqueza singular do caso e a capacidade teórica do pesquisador.

Processo que terá como objetivo a construção de um estudo de caso que possibilite, por meio de contato com níveis de conceituação singular do sujeito pesquisado e as complexas articulações construídas ao longo da pesquisa, a abordagem e compreensão de como o sujeito atua em meio as suas complexas configurações subjetivas, dando sentido e criando processos e estratégias efetivas e positivas de enfrentamento.

Torna-se possível trabalhar o objetivo do presente estudo através do avanço da compreensão da origem e da atuação de categorias de sentidos subjetivos reacionais, mobilizados na configuração de estratégias de posicionamento e enfrentamento.

Complexa construção que proporcionará, por meio de um processo de caráter construtivo-interpretativo, a significação dos dados e indicativos obtidos de maneira implícita e indireta ao longo da pesquisa, de maneira a construir por meio do confronto entre os indicadores convertidos em meio à expressão do sujeito pesquisado e ao curso do pensamento em meio à expressão do sujeito pesquisado e ao curso do pensamento do pesquisador, uma rede de zonas de sentido acerca de como o sujeito pesquisado experiencia, configura e enfrenta o seu “*adoecimento*”.

Rede de zonas de sentido que possibilitará compreender e buscar de forma indireta como os fatores de natureza emocional o transpassam e atuam em meio as suas interações complexas entre as subjetividades social e individual. Possibilita construir hipóteses e idéias acerca de como o sujeito pesquisado significa, dá sentido, configura e enfrenta as diversas implicações geradas pela sua singular vivência e experimentação da dependência e das suas consequências bio-psico-sociais.

CAPÍTULO III

Construindo a informação

“É evidente que os produtos químicos inertes produzem o imaginário e o prazer, produção que não é redutível a um processo físico-químico. Este conteúdo é uma criação, por exemplo, do místico ao erótico figurado que pertence especificamente a espécie humana.”

Claude Olivenstein

O alcoolismo eu carrego como um sinal de nascença que vai estar sempre ali e não pode ser tirado com cirurgia.

J.S.

A pesquisa qualitativa recupera a pessoa estuda em condição de sujeito ativo na construção de sua experiência. O processo de construção da informação não trata o material empírico como se fosse portador de uma verdade única, é um processo de produção de hipóteses mediante a construção de indicadores e das idéias e reflexões que se articulam (González, 2005). A análise dos resultados será construída com o intuito de aprofundar os núcleos de sentido da vivência de um alcoolista, no que diz respeito aos significados subjetivos e as zonas de sentido.

Pode-se observar que outras áreas da ciência estão quebrando com o pensamento positivista, é o caso da teoria quântica, que apresenta um novo paradigma de produção científica, segundo o físico Goswami(1998), a física quântica resgata o pensamento de Platão, que foi escamoteado pela ciência dos últimos 300 anos amparada pelo pensamento materialista de Demócrito. *“A teoria quântica, interpretada de acordo com uma metafísica idealista, está pavimentando a estrada para uma ciência idealista, na qual a consciência vem em primeiro lugar e a matéria desce para uma apagada importância secundária.”* (p.87)

A matéria, se observada a nível atômico é desorganizada, inconstante e imprevisível, da mesma forma que a construção de informação desta pesquisa não pretende estabelecer respostas lineares e definitivas sobre o tratamento de dependentes químicos. O foco vai estar na observação da vivência subjetiva, social e familiar para tentar compreender os significados subjetivos que culminaram na **escolha** deste caminho.

A dificuldade está que esta escolha, envolve núcleos de sentido complexos que abraçam vários aspectos da vida do indivíduo e o tratamento necessariamente deve passar pela força de vontade, maturidade, auto-conhecimento, perseverança. Um tratamento médico poderá anestesiar os efeitos dolorosos dos processos em causa, mas não sustará sua evolução e nem a possibilidade de deslocamento de um sintoma. (Olivenstein, 1990). Com essa visão, pode-se dizer que o núcleo da pesquisa é conhecer a produção de sentidos, significados e a vivência subjetiva do indivíduo pesquisado durante o seu processo de tratamento.

A questão das drogas, por se tratar de um sintoma social deve ser analisada no âmbito das ciências humanas e de políticas públicas, traçando paralelos entre insatisfação pessoal e mal estar social; subjetividade e valores sociais; fragmentação do eu e exterioridade; individualidade e modernidade. (Birman, 2003). Em um estudo profundo da árvore genealógica de uma família (e suas respectivas ramificações), resgata-se a história de um povo, da mesma forma que mergulhar na vivência individual, abre um leque de possibilidade para compreender a época atual.

Os dependentes químicos colam no significante prazer, que proporciona uma experiência catártica e ao mesmo tempo anestesiadora. O estudo de caso parte na tentativa de conhecer todas essas instâncias da vivência pessoal de um indivíduo e como cada uma delas age na sua individualidade, subjetividade e construção de núcleos de sentido. Pesquisador e pesquisado estarão através da conversação produzindo informação, e o *“pesquisador compromete-se com seu pensamento no decorrer da análise e esse compromisso o conduz a formular hipóteses e categorias que lhe permite significar seus pensamentos.”* (González, 2005, p.138). A pesquisa qualitativa parte de situações vivas, ela é dinâmica e a informação está sempre em processo de construção, com várias saídas conceituais ao mesmo tempo.

A elaboração pessoal do sujeito pesquisado produzirá verdadeiros campos de sentido subjetivos. Essa possibilidade de gerar campos de sentido proporciona ao pesquisador a construção de configurações subjetivas. O sentido subjetivo não aparece de forma direta na expressão intencional do sujeito, mas sim indiretamente na qualidade da informação. O diálogo é construído mutuamente, entre pesquisador e pesquisado, cabe ao pesquisador abrir os caminhos para a expressão dos núcleos de sentidos, matéria prima para a construção da informação, por meio da análise de trechos conversacionais.

O sujeito pesquisado, pelo processo de conversação revelou campos significativos de sua experiência pessoal e buscando o sentido subjetivo dos diferentes espaços delimitadores foram encontradas relações de conflito, sofrimento, angústia, identificação, necessidade, fuga, reflexões, descobertas, decepções. Toda essa trama de sentidos subjetivos, todo processo

simbólico e emocional revelado estão ligados com o fenômeno alcoolismo na vida desse indivíduo.

O sujeito pesquisado, com envolvimento e dedicação, presenteou essa pesquisa com seu depoimento, rico em detalhes e profundidades. No momento de conversação, chamado por ele de “*sessão*”, abriu sua história de vida e sua vivência como paciente da Clínica do Renascer. Sua fala era tão completa que as vezes dava a impressão que essas conversas também faziam parte do seu tratamento. Foi um privilégio acompanhar esse momento doloroso, mas cheio de descobertas e revelações, onde pesquisadora e pesquisados, de formas diferentes, iniciaram um no processo de construção de significados.

A construção da informação, por questões metodológicas, será dividida em quatro grandes núcleos de sentido que inevitavelmente se entrelaçam, são eles, os aspectos da configuração familiar, a vivência social, posição pessoal perante o vício (sentido subjetivo) e a vivência no período de internação. A escolha do sujeito não passou pelo tipo de substância utilizada, sem negar a particularidade de cada uma, passou pelo desejo dele de ser voluntário e pela capacidade e/ou interesse de compartilhar sua vivência interior, o único pré-requisito era que estivesse em processo de tratamento. Assim, o sujeito pesquisado, de iniciais JS, é dependente de álcool.

Enquanto estava internado JS teve oportunidade de parar para pensar sobre sua vida, e foi dessa forma que ele se enxergou:

Vinha num processo de auto-destruição, eu era outra pessoa.

O alcoolismo se tornou uma coisa importante na minha vida. Não tinha vida, só perdas.

Saía para beber depois do trabalho e nem me questionava o porquê, oferecia minha casa para as festas, fazia dívidas, comprava bebidas para todo mundo, eu estava sem identidade.

Ganhei com a clínica e quero continuar ganhando lá fora. Não tinha consciência do perigo que corria, queria só prazer. Não me reconhecia como alcoólatra porque não caía pelos cantos.

Essa sensação de ser outra pessoa, como se tivesse passado por uma transformação, para pior, vem de encontro com o pensamento de Bucher(1992), quando fala que a droga é um fenômeno social que abarca dimensões afetivas e pessoais, sociológicas e antropológicas. O mal-estar, a morte da subjetividade e os valores vindos a partir da exterioridade (Birman,

2000) causam essas sensações que aparecem no seu relato, auto-destruição, inconsciência, ser outra pessoa. A segunda fala trás um sentido subjetivo de fatalismo, pré-destinação.

O último trecho mostra a relação prazer/bebida, núcleo subjetivo significativo. Mostra também como seus mecanismos de defesa atuavam, *não me reconhecia como alcoólatra, não tinha consciência do perigo* e por último, os comentários, *sem identidade, nem me questionava*, dá uma impressão que era levado e que não era o condutor de sua própria vida.

Poder constatar que não tinha vida, só perdas, que o alcoolismo se tornou algo importante na sua vida e que ele ganhou com a clínica comprova que o tratamento da toxicomania vai muito além da desintoxicação, é um mergulho profundo, sustentado no desejo de cuidados com a interrogação na situação existencial em que se encontra. (Olivenstein, 1990).

JS, antes de falar sobre seu momento atual, relatou sua infância. Primogênito, os pais se separaram quando ele tinha quatro anos, ele e os irmãos moraram com os avós paternos até os seus dozes anos. De certa forma, JS assumiu o lugar de pai para os irmãos.

Nessa fase, (se referindo ao tempo que morou com os avós) a presença dos meus pais era muito dolorosa porque meus irmãos queriam ir embora com a mãe e não podiam. Era ruim, meus irmãos choravam e eu tinha que cuidar deles. Para mim era ruim porque eu sabia que a presença deles era por pouco tempo.

Um núcleo de sentido é a ausência ou uma presença dolorosa dos pais na vida de JS, a presença trazia a lembrança da ausência, numa fase em que o paciente era ainda muito pequeno. Um núcleo de sentido mais primitivo que se remete a falta fundamental, trazida por Olivenstein (1990), qualquer falta no ser humano remete a essa falta fundamental, aí que se encontra a especificidade da dependência química.

Uma possível estratégia de preenchimento dessa falta foi cuidar dos irmãos. Se ocupar com os problemas dos irmãos o isenta de se deparar com os seus próprios. Essa atitude de cuidar do outro vai se estendendo para os amigos também ao longo de sua vida.

Meus irmãos se viciaram em maconha e cocaína e trouxeram muitos transtornos para minha vida. Eu sempre que tentei contornar os problemas. Por isso nunca experimentei nenhuma droga não queria ficar dependente, mas veja o que aconteceu. Podem ter oito pistas, elas vão chegar no mesmo ponto. Eu entrei, busquei esse caminho de forma inconsciente.

Com o tempo fui aprendendo a compensar os problemas que vivia com meus irmãos na bebida. Sempre me coloquei em último plano, tentava resolver a vida de todos e a minha eu resolvia bebendo no final do dia para relaxar e esquecer das angústias. Sou passivo, não reivindico meus direitos e sou acomodado. Isso faz com que seja insuportável conviver comigo mesmo, só consigo com a bebida.

Os irmãos se viciaram em drogas e J.S. viveu na pele o sofrimento e a angústia que é gerado na família, tanto para o que consume, como para o que assiste. J.S. tinha convicção que nunca usaria porque não queria se viciar. No entanto, ele se vicia por falta de vigilância naquilo que era bem visto, que era o comum, que era o que todos os membros de sua família (questão discutida mais na frente) consumiam, o álcool.

O último trecho é complexo e revela toda uma cadeia de núcleos de sentido. Ele mostra como a bebida foi ocupando um lugar crucial para sua vida. No início era para *compensar* os problemas que vivia com os irmãos, depois a bebida fazia o papel de evitar que *convivesse consigo mesmo*, porque *conviver consigo mesmo* era angustiante. Para os irmãos ele se angustia, ele tenta resolver os problemas, quando se trata dele; *sou acomodado, passivo e estou em último plano*.

Os pais biológicos coincidentemente retornam na mesma época. Os dois desejam compartilhar suas moradias com os filhos, cabendo à J.S. decidir com quem eles vão morar. Ele decide, influenciado mais pelo desejo de seus irmãos, que do seu próprio. Essa escolha comprometeu sua relação com seu pai.

Meu pai estava com a terceira esposa que era mais centrada e o ajudou a não gastar todo o dinheiro com farras e curtições. Sua segunda esposa era companheira de bar e meu pai não podia oferecer um lar para a gente, tanto que até hoje ele paga aluguel.

Estávamos morando já com meu pai, tinha três meses, quando minha mãe voltou. Meus irmãos ficaram muito felizes quando foram passar o final de semana com ela e pensando neles, eu aceitei o convite dela e mudamos. Só que meu pai ficou achando que foi idéia minha e fiquei como culpado por termos ido embora. Perdi a cumplicidade do meu pai, ele se afastou da gente e nos últimos anos já nem nos falávamos.

O primeiro trecho mostra um pai que demorou a se organizar financeiramente por gostar de farras e boemia. É sabido que os traços de personalidade e os valores dos indivíduos são introjetados, por imitação, o modelo das figuras parentais, desde que nasceu J.S. convive

com uma atmosfera de bebedeira e festas. A influência por modelo, J.S. herdou também da mãe, do padrasto e dos tios maternos. Inclusive, na família de sua mãe, além do ambiente ser sempre festeiro e com muita bebida, J.S. foi estimulado pelos tios a beber ainda muito novo, e o fato de ter começado a beber, o aproximou de sua mãe, ele começou a associar bebida com estar “numa boa” com a sua mãe, como ele relata abaixo.

Na família de minha mãe tinha muita bebida. Comecei a beber com doze anos por insistência dos meus tios, nesse início eu não gostava.

E foi para me aproximar da minha mãe biológica, um dos motivos que comecei a beber. Bebia com ela no começo. Só dessa forma a gente conseguia conversar e se divertir, sem a bebida a gente não tinha nenhuma relação.

Outro núcleo de sentido é o sentimento que J.S. carrega sobre o vício dos irmãos, nos momentos difíceis, ele se indaga se não está relacionado ao fato de ter saído da casa dos avós paternos. O paciente questiona o tipo de educação que eles receberam na casa da mãe, J.S. não expressa, mas possivelmente ele deva se sentir culpado por ter decidido morar com a mãe. Uma “culpa” que verdadeiramente não é dele porque uma criança não tem condições de se responsabilizar por outra, esse é um papel dos pais.

Na casa dos meus avós nossa educação era mais rígida e com disciplina, a gente não saía de casa, só para ir para a escola ou para missa.

Com minha mãe a gente fazia o que queria e ia para onde queria, acho que por a gente viver muito solto, meus irmãos acabaram se envolvendo com drogas. Hoje eu pergunto se fiz a escolha certa, talvez tivesse sido melhor se tivéssemos ainda com meus avós ou meu pai.

J.S. se expressava livremente, praticamente sem interrupção da pesquisadora, como em um monólogo. Contou toda sua trajetória profissional. Já foi designer gráfico, tocador de banda de rock e hoje, é funcionário dos correios.

Iniciei minha vida profissional como designer gráfico, sempre gostei de desenhar, desde os sete anos. Só que minha rotina de trabalho era sobrecarregada, era comum eu ficar a noite inteira trabalhando para cumprir os prazos e não tinha tempo de investir, fazer cursos

de reciclagem, até que um dia fui substituído por outro mais atualizado. Nessa época eu já bebia, só que mais moderadamente.

Com minha saída de lá (do trabalho como designer gráfico) pude descobrir outra paixão na minha vida, a música, formei uma banda com uns amigos e esse período durou oito anos. Era uma banda de rock, chegamos a gravar disco. Só que os integrantes da banda começaram a beber muito. Para ensaiar era só com bebida, para tocar era só com bebida e nas reuniões da banda também. Nosso trabalho começou a decair e estagnar. Eu estava bebendo muito nesse período, todos os dias e já não produzia mais nada.

Meu avô materno, vendo minha situação, pela primeira vez fez algo por mim. Deu-me dinheiro para me inscrever no concurso dos Correios. Meu avô me deu um voto de confiança, eu tinha que dá um jeito na minha vida, não queria decepcioná-lo de jeito nenhum. Estudei muito para a prova e fiquei sem beber durante esse período de preparação, e passei.

O início da relação de JS com a música e com o desenho tem sentido subjetivo de prazer e de descoberta, pela primeira vez em sua história que faz algo direcionado para ele. Enquanto desenhista não lhe sobrava muito tempo, como roqueiro, seus “*problemas*” voltam a incomodar e a única maneira de suportar-se, como ele diz, é bebendo. O trabalho começa a ficar improdutivo porque a banda desvia do objetivo pelo qual se juntaram, substituem o prazer de tocar e de compor pelo prazer da bebida.

O abuso de drogas traz uma conotação de prejuízo à sociedade, a droga começa a atuar no circuito de recompensa, substituindo todas as fontes de prazer. O indivíduo vai abandonando sua existência, abandonando os vínculos com a realidade e se alienando no prazer que a droga produz.(Longenecker, 1998).

Interessante notar, que quando J.S. já estava no fundo do poço, bebendo todos os dias, possivelmente um dependente do álcool alguém “*me da um voto de confiança*”, alguém quer resgatá-lo da *decadência e estagnação*. E curiosamente o paciente para de beber e se dedica verdadeiramente aos estudos. Possivelmente, o sentido subjetivo do avô materno para J.S. é de respeito, de empatia a ponto de não querer decepciona-lo. Outro sentido subjetivo é que J.S. precisou que alguém olhasse para ele, como se ele mesmo não tivesse desejo, tendo que responder ao desejo do outro. “*Pela primeira vez fez algo por mim*”, isso foi muito importante, ser notado, perceber que alguém estava interessado nele.

No período da banda de rock, J.S. passou por uma perda significativa para o aumento do consumo de álcool:

Bebo bastante à aproximadamente quinze anos, só que de seis anos para cá, bebo praticamente todos os dias. . Foi depois da morte de minha avó. Minha avó era minha mãe e meu avô meu pai eu sofri muito com a morte dela. Fiquei sonhando com ela por muito tempo. Nesse momento procurei o carinho do meu pai e ele me deu as costas, já que eu sou o culpado de ter ido embora com meus irmãos morar com a mãe.

Os psicanalistas Melnan(2000), defende que a figura do pai no alcoolismo encontra-se no limite da ausência, e Birman(2003), fala do psiquismo do sujeito que oscila entre o triunfo onipotente sobre a figura do pai, numa fusão com o corpo materno que não admite qualquer castração. J.S. sucumbe com a morte da avó, o relato de sua experiência subjetiva mostra uma ligação muito forte com essa avó, *minha mãe*, que possivelmente contribuía para a sustentação de sua estrutura psíquica. O avô paterno, *meu pai*, apareceu uma única vez no seu relato, o pai biológico aparece sempre como rival e inacessível, mesmo quando há um pedido de reaproximação por parte do paciente.

Depois de conquistado seu emprego, JS volta a beber. Ele tem amigos, tem emprego e não percebe que continua repetindo o mesmo padrão, melhor beber para suportar meus problemas, continuar no processo de auto-destruição. Aos poucos vive uma decadência semelhante ao que viveu com a banda de rock, novamente algo traumático em sua vida muda o rumo de sua história.

Eu me meti em uma armadilha, escolhi trabalhar perto de casa pensando na praticidade do dia a dia. Só que fiquei muito próximo do chefe e todo fim de expediente a gente saía para beber e conversar. Às vezes, íamos até tarde e no outro dia se eu não conseguia chegar na hora meu chefe sabia o motivo. Mas nunca deixei de fazer meu trabalho, eu podia estar sem dormir, desidratado, o que fosse, eu fazia meu trabalho.

A vida do meu irmão é ser vagabundo, ele só quer cheirar e beber e fica tudo nas minhas costas porque sou o único que tem dinheiro. Só porque consegui minha estabilidade ele pensa que eu devo sustentá-lo, é festa todo dia. Não conseguia me libertar disso. Mas vai ter que mudar, não ajudo ele assim.

Era eu que bancava a bebida, a comida e oferecia minha casa para as festas, o que falta em mim que preciso fazer pelo outro para me sentir bem? Mas eu gosto de ajudar as pessoas, eu me sinto bem em poder ajudar. Só que para mim mesmo, só consegui ultrapassar meus limites físicos e financeiros, estava sem identidade. Por mais que eu fizesse, os amigos

ficam com ingratidão, sempre tinham um motivo para ficarem chateados comigo, e eu, ficava angustiado.

J.S. conquistou o emprego, sua independência financeira, já é uma vitória, mas não completa. Agora ele se destaca perante o irmão e os amigos e com um discurso de que gosta de ajudar os outros, se torna o centro das atenções. Ele patrocina a bebida, a comida e o lugar da festa, continua vivendo no núcleo subjetivo de cuidador. Só que ser o provedor o esgota financeiramente, fisicamente e emocionalmente. Ele se sente usado, esgotado, mas não tem consciência do prazer, ganho secundário, que o mantém nesse papel.

No trabalho, ele e o chefe são cúmplices, o que facilita sua vida, porque é facilmente perdoado quando se atrasa no dia seguinte. Essa é a *armadilha*, sua intenção era a melhor possível, só que se corrompe no caminho. Essa amizade não descarta o comprometimento e a importância que J.S. atribui ao emprego, *nunca deixei de fazer meu trabalho, eu podia estar sem dormir, desidratado*, sendo um núcleo de sentido a dedicação e responsabilidade para com o trabalho.

A vida de J.S. pode ser comparada ao Conto da Caverna de Platão, onde as pessoas, amarradas, pensavam que as possibilidades de existências se limitavam à uma caverna escura. Como existir sem o álcool, se ele perpassa em todos os ambientes que o paciente frequenta, familiar, social e profissional. A bebida na vida de JS sempre significou ponte de interação social e familiar, e agora profissional.

Essa amizade rendeu algumas intrigas com os colegas de trabalho, porque fui promovido por ser amigo do chefe. Sou uma pessoa que seguro todas as emoções e não sei o que fazer com essas emoções reprimidas. Não reagi porque eles tinham razão, ganhei o cargo só porque era amigo do chefe, mas também fiquei muito passivo, isso me faz mal.

As questões da minha família e do trabalho vão se acumulando e eu vou absorvendo as coisas negativas e hoje sou um vulcão a ponto de explodir. Muitas vezes a fúria é tão grande que quase não consigo me segurar, então o álcool me apazigua e esfria a raiva. Por três vezes eu quase perdi a cabeça, e foi por besteira, uma raiva irracional. Por pouco não fiz uma besteira. A primeira vez não estava alcoolizado.

A pesquisadora perguntou como era seu estado alcoolizado.

Eu nunca perdi o controle. Imagina uma hipérbole, eu tinha momentos de euforia e momentos de depressão intercalados. Quando estava eufórico preferia a companhia dos amigos, para brincar, rir e conversar. Deprimido, não queria conversa com ninguém e ia para meu quarto até que a animação voltasse.

O álcool diminui a censura e as pessoas se permitem expressar e fazer coisas que não fariam em estado normal, muitas vezes aflora conteúdos reprimidos. Depois desse relato, *absorvo coisas negativas, estou a ponto de explodir*, era de se esperar que J.S. perdesse o controle em estado alcoolizado, já que ele relata essa vontade de explodir, só que a bebida o acalma, *apazigua* sua angústia e sua raiva. J.S. oscila entre se divertir com os amigos ou se deprimir e ficar sozinho.

Novamente aparece o núcleo de sentido da passividade, repressão das emoções, também no ambiente profissional. O segundo trecho mostra nitidamente o que ele não pode mostrar, sua raiva, outro núcleo de sentido, é tão poderoso, é como *um vulcão a ponto de explodir*, ele perderia o controle. Ao invés de assumir suas emoções, ele não sabe o que fazer com elas, ou não se permitir direcioná-las ao devido lugar, possivelmente por sentir que é o errado, carga imposta pelo pai desde pequeno.

JS passa por outra perda e novamente ele sucumbe, só que desta vez ele encontra outro desfecho:

Rompi com minha namorada, ela não agüentou mais, eu compreendo os motivos, ela fez de tudo para me afastar da bebida. Foi aí que fiquei dez dias sem beber, três dias deprimido e quatro dias sem dormir trancado dentro do quarto. Sei que minha depressão foi por questões emocionais, a coisa pior que existe é tentar abraçar o mundo, os problemas com minha família me consumiu e eu seguro minhas emoções. A insônia foi por causa da abstinência. Nesses dez dias, tive alucinações com alguém que me ataca e me mata, fico ouvindo vozes que falam coisas sem sentido.

Novamente a perda abala seu psiquismo, desta vez as coisas aconteceram de forma diferente, ele não foi atraído para o álcool, se permitiu vivenciar a dor. Foi um momento de rendição, de se deparar de frente com a angústia e a depressão. Com a desilusão, ele busca ajuda. Segundo Birman (2003), a demanda de análise vem por outras razões que não a compulsão pelo uso da substância. Nenhuma estrutura psíquica procura ajuda enquanto se

encontra em relativo equilíbrio com suas formas de gozar, somente quando o desprazer atinge limiares insuportáveis, quando os referenciais identificatórios do sujeito se rompem que instala a demanda de tratamento.

O paciente ficou abstinente dez dias antes de procurar ajuda, correu um risco porque o período de desintoxicação é muito delicado e antes dele sofrer de angústia ele sofrerá de abstinência, *Oliveinstein(1990)*. Faz-se necessário o uso de medicamentos para realizar um desmame menos doloroso e evitar complicações como *delirium tremens*, surto psicóticos induzidos pela substância, alucinações, etc.

O que orienta o indivíduo é a busca desesperada de uma poção mágica que impossibilite o reconhecimento do sofrimento inerente à existência, impedindo então a constatação das desilusões que uma vida inevitavelmente provoca em qualquer ser humano, de modo que o sujeito possa existir em estado nirvânico. (Birman, 2003, p. 203)

A partir de agora, pela primeira vez, ele se coloca em primeiro plano e inicia uma nova fase na sua vida, a fase do tratamento.

O trabalho aqui na clínica me fez olhar para dentro e me colocar como prioridade. A bebida na minha vida é uma válvula de escape e fuga da sociabilidade.

E descobri que aquele sonho onde eu estou parado e alguém tenta me matar sem que eu reaja, na verdade eu mesmo estou tentando me matar. E ao mesmo tempo não faço nada para impedir e essa é minha atitude para com a vida, permaneço estático a qualquer tipo de provocação.

Antes de iniciar o tratamento estava acomodado, não tinha sonhos, agora quero construir uma família, crescer profissionalmente e ingressar na faculdade. Fico triste quando lembro que teria chance de conseguir bolsa de estudos para a faculdade, eu era bom aluno, agora é tarde. Tive muitas perdas por conta da bebida.

Encontrar pessoas com os mesmos problemas que eu foi muito bom para minha auto-estima, perceber que eu não era o único com problemas. Aqui, eu encontrei pessoas que queriam me ouvir e estavam interessadas na minha melhora. Também fiz coisas que não fazia a muito tempo, cuidar do meu corpo, nadar na piscina jogar bola. Tinha me esquecido como essas coisas fazem bem.

O paciente mostra que está transbordando e muito implicado no tratamento, essa passagem na clínica está significando *me colocar como prioridade*. Vivenciando em seu interior, momentos profundos, dolorosos, integrativos, intensos, de reflexão, de renovação, de mudanças, de esperança, de auto-conhecimento. Na terapia, acessa conteúdos emocionais e simbólicos e é auxiliado na interpretação das mensagens transmitidas pelos seus sonhos, carregados de significados subjetivos.

J.S. está descobrindo significados subjetivos de luta, persistência, vitória, acreditar em si mesmo, resgate de sua identidade, e ao mesmo tempo tomando consciência de núcleos de sentidos com tendências auto-destrutiva, impulsiva e descontrolada.

No último trecho dois núcleos de sentido significativos, o processo de identificação com os outros pacientes, trouxe benefícios para sua auto-estima, *encontrei pessoas que queriam me ouvir e estavam interessadas na minha melhora*, e o resgate do prazer em cuidar do corpo e fazer práticas desportivas. O estado anímico e físico revigorado auxilia no bem estar e no desempenho no tratamento, não está mais *acomodado*, e agora ele faz planos; *quero construir uma família, crescer profissionalmente e ingressar na faculdade*.

J.S. sente-se seguro quanto a sua recuperação, sente-se determinado à mudar o rumo da sua vida, como se não tivesse muita consciência que a luta está apenas começando. Pensando nas dificuldades e obstáculos que J.S. terá que enfrentar, a pesquisadora perguntou se não existia algum receio no regresso.

O difícil para mim foi entrar nesse portão (apontando para o portão de entrada da clínica), tomar a decisão de me tratar. Sei que não vai ser fácil quando eu sair, mas desde o primeiro dia já imagino como será lá fora, estou elaborando algumas mudanças.

Fiz um acordo comigo mesmo e estou cumprindo. Procuro colaborar com o tratamento, vejo que tem muita gente aqui que não está nem aí, e pretendo ficar internado o tempo que for necessário.

Tenho certeza que se eu me afastar dos amigos e dos velhos costumes vou conseguir mudar.

Quando questionado se pensa que esse tratamento será há longo prazo, JS responde:

Essa é minha primeira e última internação, quero mudar minha vida.

Abrir mão do álcool é abrir mão de um prazer intenso, inenarrável. A luta do dependente químico é uma luta constante do desejo consciente do que deve fazer com o desejo inconsciente de se deixar levar pelas fantasias do imaginário, duas forças opostas, em meio a uma personalidade frágil e um fantástico caos interior que reage no campo do imprevisível. *Oliveinstein(1990)*

Quando estão internados, cria-se a falta do produto que trará à tona a angústia podendo então, iniciar o processo terapêutico. O caminho é longo e árduo, esse é o depoimento dos que estão na luta para se libertar de um vício, seja ele qual for. O paciente por conta dos mecanismos de defesa acredita que seu problema está resolvido, pode ser que ainda não tenha condições de se deparar com algumas questões sofridas em sua vida.

Quanto ao seu irmão, J.S. amadureceu em alguns pontos:

Aqueles dez dias que fiquei trancado no meu quarto vi como era a vida do meu irmão. Festas todos os dias, cheirando cocaína e bebendo, via os planos dele com os amigos de ir para a marginalidade. Fazer coisa errada. Meu irmão não mudou.

Está na hora de cada um ir viver sua vida. Não estou ajudando se continuar protegendo meu irmão assim, ele precisa amadurecer, cuidar de sua família e sair das drogas.

Só porque tenho meu emprego não sou obrigado a sustentá-lo. Outra mudança será em relação as minhas amizades. Agora eu percebi que eles não são amigos de verdade, eles desapareceram lá de casa. Por quê? Se meu irmão é amigo deles também. Sei que preciso me afastar deles.

O irmão e amigos de J.S., moradores da cidade de Planaltina, fazem parte de uma ampla camada da população brasileira que não tem expectativa de futuro, o abuso de drogas é uma das saídas encontradas para essa população que está à margem da sociedade. Outra é a *marginalidade*, alternativa cogitada pelo seu irmão. Só que agora, J.S. compreende que continuar *protegendo* o irmão, irá impedir que ele amadureça e conquiste sua autonomia de maneira decente ou saia das drogas.

Outro fator social, apontado por *Birman (2003)* é sobre o cenário contemporâneo alienante que impede que verdadeiras trocas intersubjetivas ocorram. As trocas entre J.S. e os amigos eram em torno do produto, e os indivíduos, imersos nessa cultura, que é a do narcisismo, não conseguem enxergar o outro e nem se descentrar de si mesmo. Essa cultura

permite que os sujeitos se encarem como objetos de usufruto, que poderão ser descartados quando não mais convier.

O seu irmão foi descartado quando J.S. saiu de cena, porque com ele foi embora o patrocínio da diversão. Com o passar do tempo, o paciente trás boas notícias sobre seu sistema familiar, inclusive do irmão que mora com ele.

Não tenho afinidade com meu pai biológico, estávamos há três anos sem nos falar, só agora, com minha internação, nos reaproximamos, ele veio me visitar. Penso que vai ser positiva essa reaproximação, ele é meu pai e precisamos nos entender.

Minha mãe parou de beber. Antes ela se influenciava muito pelo meu padrasto, esse é alcoólatra e não vai parar de beber, agora ela parou de acompanhá-lo. E ela disse que meu irmão parou de cheirar e beber, voltou a trabalhar e assumiu a filha, e já se mudou com a família.

Sei que meus amigos não vão entender essa nova visão, ao contrário de minha família que se uniu, eles desapareceram e nem perguntam mais sobre mim.

Sei que os amigos vão aparecer com bebida e eu vou ter que encarar o desafio de dizer não. Dizer não é muito difícil para mim. Vou explicar que a bebida me causa problemas, sei que muitos deles vão se afastar. Mas eu quero cultivar outro tipo de amizade, que não seja amizades em torno da bebida.

J.S. se mostrou muito feliz com toda mobilização e mudanças que ocorreram na família. A sua internação disseminou bons frutos, sua mãe parou de beber, seu pai se reaproximou com boas intenções e seu irmão, por incrível que pareça conseguiu trabalho, assumiu a família e saiu das drogas. O padrasto foi o único que não se mobilizou, *é alcoólatra e não vai parar de beber*. Parece que finalmente J.S. foi enxergado.

O álcool é um sintoma coletivo nessa família, que mesmo na sua doença, encontra um equilíbrio. Quando um dos membros se modifica, a homeostase é quebrada e todos os membros se mobilizam. É assim que funciona para a teoria sistêmica. Para a família de J.S. a alteração trouxe resultados benéficos, nem sempre acontece dessa forma. As vezes quando alguém rompe o pacto, os outros, por estarem identificados com o problema, não suportam o buraco deixado pelo indivíduo que saiu e tentam trazê-lo de volta. É esse comportamento que J.S. espera dos amigos, pensa que eles *vão tentar me seduzir, vão aparecer com bebida*. E J.S. terá que encarar o desafio de dizer não.

Agora se soma um total de 33 mortes ao longo da história da clínica. É muito duro para gente quando alguém morre, é encarar o fracasso, é uma luta muito difícil.

Um dia após o outro sem beber.

O que perdi não eu recupero mais, agora é daqui para adiante. Pode ser que eu queira me enganar. As festas de fim de ano estão aí. Não dá para dizer que vou beber só no Natal ou só no Ano Novo e daqui a pouco, escorrego, vou querer beber no meu aniversário, depois porque é sexta-feira.

O grupo do AA, também um poderoso sistema de combate ao alcoolismo. Em vários momentos, J.S. demonstrou que o grupo auxilia no seu tratamento, incorporando os ditados, o clima e o lema dos alcoólicos anônimos. *É muito duro para gente*, nesse caso ele fala pelo grupo, porque incorporou nos seus significados subjetivos, o sentimento de pertencimento ao grupo. Quando perguntado se um dia pretende voltar a beber, ele responde com o principal lema do AA: *Um dia após o outro sem beber*. O último trecho é um típico conselho de amigo, bem característico dos membros do AA, que estão sempre encontrando argumentos para incentivar à luta dos companheiros.

No último encontro, o paciente “baixou a guarda” e reconheceu que ainda há muito caminho a ser percorrido.

Eu vejo como as pessoas aqui resistem ao tratamento, colocam a culpa no terapeuta, não colaboram, reclamam de tudo. Eu mesmo, que realmente quis me tratar, agora vejo que tive várias resistências, porque reconhecer o alcoolismo é encontrar a dor.

Pensando em uma metáfora, sinto que estou circulando um abismo e que a qualquer momento posso cair. É um perigo eu achar que estou bom.

Sei que a mala de tristeza e mágoa vai comigo.

A bebida é normal tanto para minha família como para meus amigos. Vai ser um desafio para mim, as pessoas vão ter que me aceitar de um jeito diferente agora, só que elas ficam com medo do desconhecido.

O alcoolismo eu carrego como um sinal de nascença que vai estar sempre ali e não pode ser tirado com cirurgia.

O paciente reconhece o núcleo subjetivo da dor, tristeza e mágoa que *vai comigo*. Reconhece também as perdas que sofreu em detrimento do prazer de beber e que *não pode ser tirado com uma cirurgia*. Ele demonstra que terá muito a elaborar, para quem se sente na beira de um abismo e que ainda não está bom, todo cuidado é necessário para recomeçar.

O paciente recebe alta depois de 44 dias internados na Clínica do Renascer, a pesquisadora teve oportunidade de acompanhar as diferentes fases do tratamento e observar o seu caminhar na instituição.

Infelizmente, a última entrevista, marcada para duas semanas após sua alta, onde a pesquisadora iria aplicar o instrumento complemento de frases e conversar sobre as questões surgidas pós-internação, não pode ser realizada. Foi uma perda para a pesquisa, este encontro forneceria dados importantes sobre a segunda instância do tratamento, já que a constatação da mudança se dá quando o paciente vence o desafio de não beber fora da proteção das “paredes” da instituição, no lugar onde é permitido beber. Na verdade, o tratamento não termina com a alta.

O paciente recaiu. A autora desta monografia é informada, pela equipe da Clínica do Renascer, que J.S. havia entrado com pedido de reinternação, só que até o momento não havia comparecido, tornando inviável o acontecimento desta última entrevista. Ele havia estabelecido um compromisso consigo próprio, onde iria continuar vinculado à clínica, agora como voluntário. Segundo ele, seu depoimento como voluntário serviria para ajudar os colegas e também ajudar a si próprio. Curioso como ele tem necessidade de ajudar o outro, um núcleo subjetivo significativo para a compreensão da sua dependência química. Esse momento era mais adequado focar na elaboração de suas questões internas.

CONCLUSÃO

O primeiro aspecto a ser tratado na conclusão desta pesquisa é o fato da recaída, para Janete Krissak, dona da Clínica do Renascer, esse conceito não é o mais adequado porque recair, cair no mesmo lugar, não é exatamente o que acontece com os pacientes que realizaram uma desintoxicação física e ingressaram em uma investigação interna, através da psicoterapia. (informação verbal). O indivíduo mesmo que volte a beber, já não é mais o mesmo de antes. A reincidência do paciente na instituição é algo previsível, porque superar essa dificuldade significa acessar núcleos de sentido de muito sofrimento que em muitos casos o paciente não tem condições, estrutura psíquica madura, para enfrentar. O processo é delicado e intenso.

Na intensidade da recordação vivida, corre-se o risco de uma nova fuga para as drogas como solução para a impossibilidade de suportar uma separação. A lembrança do prazer do uso na memória é desconcertante, desejo inconsciente de se deixar levar pelas fantasias, sendo difícil encarar a normalidade, desejo consciente do que se deve fazer. É preciso tempo para construir, em um combate permanente, o adquirido, só então, a recordação dos efeitos do produto pode então ser utilizada e metabolizada de outra forma. (*Olivenstein(1990)*).

Com relação ao caminho percorrido por J.S. na clínica do Renascer pode-se concluir que foi iniciado um processo de auto-conhecimento e mudanças, no sentido de trazer à consciência aspectos de sua história de vida que contribuíram para o consumo descontrolado de álcool (separação dos pais, morte da avó, influência dos familiares e amigos a busca da diversão através da bebida). Não se limitou só à análise de sua história de vida, buscou reconhecer aspectos de sua subjetividade, o reconhecimento dos núcleos de sentido alinhavados com o ato de beber, dentre eles, reconheceu sua tendência a abraçar o mundo em detrimento de suas próprias necessidades, não conseguir conviver consigo mesmo se não fosse pela bebida, necessidade de proporcionar diversão aos amigos, se absorver em demasia com os problemas dos irmãos e por reprimir suas emoções dolorosas e angústias o transformou em um vulcão a ponto de explodir.

Pode-se constatar nitidamente, com relação ao sujeito pesquisado, como o ambiente adoecido limita as possibilidades de uma convivência saudável entre os indivíduos. A primeira reflexão sobre os motivos desta incidência alta ao consumo de álcool e drogas, em uma comunidade de classe baixa, é o fator desigualdade social. Sem perspectivas de futuro os jovens encontram realização no prazer que as drogas proporcionam, se acomodando. Quando a droga acaba, uma das alternativas é roubar, como mostra J.S. ao falar sobre os planos de seu

irmão e alguns amigos. Nesse sentido J.S., por ser inteligente, é um privilegiado porque conseguiu passar em um concurso.

A incapacidade de a família perceber o alto grau de comprometimento do paciente com a bebida e o fato de J.S. sentir que o consumo de álcool é um fator de inclusão social e não um diferencial na sua comunidade revela que características culturais reforçam o consumo de álcool e drogas. Parece que para interagir com colegas e familiares é necessário o uso de substâncias que alteram a consciência, é o que demonstra a análise da história J.S. Esse comportamento festeiro não se limita só a sua família, se amplia aos colegas de trabalho e amigos, isto é, a toda uma rede social. A pouca informação da população a respeito dos males do consumo de álcool, a educação insuficiente e uma escassa auto-crítica, podem ser um dos fatores que determinam a falta de discernimento sobre as consequências do uso indevido do álcool e drogas.

Pôde-se constatar, que o universo das dependências químicas proporciona relações plásticas e vazias, onde a bebida aparece como foco central e não as trocas intersubjetivas.. *Birman(2003)*, denomina a sociedade do espetáculo como a cultura do narcisismo onde os indivíduos assumem uma direção auto-centrada e exibicionista e as trocas intersubjetivas vão para segundo plano. Dessa forma há uma desvalorização da alteridade e o outro é visto como objeto de usufruto.

O processo terapêutico J.S. comprova que é o usuário é responsável pelo seu tratamento, e que sua libertação só é sustentada se houver desejo e investimento. Que a procura por tratamento só acontece quando o desprazer se torna maior que o prazer, nenhuma estrutura psíquica procura análise quando se encontra em relativo equilíbrio com suas formas de gozar. (*Birman, 2003*) e que o tratamento com a toxicomania vai muito além da desintoxicação física, pois o sujeito tem que aprender a lidar com o vazio e a angústia que vem com a falta e este é o desafio. (*Olivenstein 1990*).

Para finalizar, com relação a instituição que trata, pôde-se averiguar sua importante contribuição para recompor a auto-estima dos pacientes, formação de uma rede de apoio, proporcionar ambiente para que as pessoas possam falar dos seus problemas e ouvir, apreendendo com a experiência do outro (verdadeiras trocas intersubjetivas), vislumbrar novas expectativas de vida. (*Olivenstein,1990*) fala que a relação terapêutica muito íntima, substitui a relação com o produto, podendo dessa forma se chegar às verdadeiras razões do sofrimento, até então incomunicáveis. Pouco a pouco, a medida de evolução do paciente, essa relação se distância.

Desta forma, se encerra a pesquisa, que através de um estudo de caso, penetra na experiência subjetiva de um indivíduo dependente químico em processo de tratamento. Na tentativa de compreender, por um ângulo bem peculiar, a partir da produção de conhecimento do sujeito pesquisado, a toxicomania e as dimensões que ela atua.

Apêndice A
Consentimento Livre Esclarecido

Esta pesquisa procura compreender as nuances a respeito da dependência química, subjetividade e sociedade. É um estudo de conclusão de curso para Faculdade de Psicologia, universidade UniCEUB e aluna Raquel Pereira, de registro acadêmico 996112/5, sob orientação do professor Fernando Luis González Rey.

Este, TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, _____, concordo em participar na qualidade de voluntário de projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistado.

Estou ciente de que, ao término da pesquisa, os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Estou ciente que outros pesquisadores podem vir a ter acesso ao conteúdo do que foi conversado, para eventualmente contribuir na discussão dos resultados do que foi discutido, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas de sigilo profissional.

Estou ciente de que não haverá riscos à minha saúde resultante da participação na pesquisa.

Estou ciente que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que eu recebo.

Por fim, sei que terei a oportunidade de perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Apêndice B

Modelo da entrevista semi-estruturada

Sentido e significações por um paciente usuário de drogas ou álcool em relação aos aspectos da dependência química; um estudo clínico-qualitativo.

Local (instituição): _____

Cidade: _____

Dados gerais:

- 1- Local de residência: Planaltina
- 2- Sexo: masculino
- 3- Data de nascimento: 16/06/78
- 4- Naturalidade: Brasília
- 5- Grau de escolaridade: 2º grau completo
- 6- Situação conjugal, quanto tempo: solteiro
- 7- Profissão: carteiro, desenhista e artista plástico
- 8- Atividades de lazer: desenho, pintura, música
- 9- Religião (denominação): XXXXX Religiosidade (prática): Acredita em Deus
- 10- Substância que utiliza: álcool

Entrevista semi-dirigida:

- 1- Por que você decidiu se internar?
- 2- Como você está reagindo ao tratamento?
- 3- Como foi sua primeira vez?
- 4- Que sentido tem para você a substância que você utiliza?
- 5- Qual papel da droga em sua vida?
- 6- Como sua família reagiu e reage ao seu vício? Como é sua vivência junto à sua família?
- 7- Como tem sido sua vivência no trabalho e nas ocupações afins?
- 8- Como tem sido sua vida na família e interação social?
- 9- Quais são seus sonhos e pretensões?
- 10- Como você vê o mundo de hoje?

- 11- O que você pensa sobre a frase: O meio facilita o consumo de substâncias que alteram a consciência.
- 12- Quais suas estratégias para se proteger da falta de identidade que sofremos com o mundo modernizado onde muitas vezes somos tratados como objeto e não como seres humanos?
- 13- Você tem algum sentimento de que algo deu errado?
- 14- Como você lida com os preconceitos e discriminações em relação à drogadição?
- 15- O que a Clínica do Renascer significa para você?

Apêndice C
Complemento de frases – formulário

1. Eu gosto_____
2. Gostaria de saber_____
3. Lamento_____
4. As mulheres_____
5. Não posso_____
6. Sofro_____
7. Fracassei_____
8. O sucesso_____
9. A leitura_____
10. Se os homens_____
11. O casamento_____
12. Algumas vezes_____
13. Minha preocupação principal_____
14. Desejo_____
15. Eu_____
16. Meu maior problema_____
17. A separação_____
18. Amo_____
19. Em relação às tarefas de trabalho, cabe a mim_____
20. O álcool_____
21. Eu prefiro_____
22. Meu principal problema_____
23. Gostaria_____
24. Acredito nas minhas melhores atitudes_____
25. Considero que posso_____
26. Ser pai_____
27. Diariamente me esforço_____
28. A família_____
29. Meus maiores desejos_____
30. Sempre quis_____
31. Eu gosto muito_____

32. Minhas aspirações são_____
33. Com que frequência sinto_____
34. Minha vida futura_____
35. Dedico a maior parte do meu tempo_____
36. Esperam que eu_____
37. Sempre que posso_____
38. As contradições_____
39. Ter filhos_____
40. Minha opinião_____
41. Penso que os outros_____
42. Incomodam-me_____
43. Ao deitar_____
44. As pessoas_____
45. Mãe_____
46. Quando tenho dúvida_____
47. A competição_____
48. Detesto_____
49. Estou melhor_____
50. A desigualdade_____
51. Pai_____

Apêndice D

Dados da primeira entrevista: conversa

Dia 24 de Setembro de 2005

Local: Clínica do Renascer

Cidade: Brasília

Dados gerais:

- 1- Local de residência: Planaltina
- 2- Sexo: masculino
- 3- Data de nascimento: 16/06/78
- 4- Naturalidade: Brasília
- 5- Grau de escolaridade: 2º grau completo
- 6- Situação conjugal, quanto tempo: solteiro
- 7- Profissão: carteiro, desenhista e artista plástico
- 8- Atividades de lazer: desenho, pintura, música
- 9- Religião (denominação): XXXXX
- 10- Religiosidade (prática): Acredita em Deus
- 11- Substância que utiliza: álcool

O paciente entrevistado, de iniciais J.S. está internado desde 9 de setembro deste ano, esta é sua primeira internação. Foi colaborador, franco e empenhado na entrevista, segundo ele: *“Vinha num processo de auto-destruição, que era outra pessoa”*. Convive com o alcoolismo muito antes dele se tornar um dependente, por parte dos tios maternos, mãe e padrasto. Sua mãe não é alcoolista, mas em outras épocas enfrentou problemas com a bebida.

Não utiliza drogas ilícitas porque seus irmãos, que usam maconha e cocaína, já trouxeram muitos transtornos para sua vida. Foi J.S. quem esteve na dianteira na luta da resolução dos problemas deles, tentando contornar a situação, lidar com a família e assumindo uma carga grande de sofrimento. *“Meus irmãos se viciaram em maconha e cocaína e trouxeram muitos transtornos para minha vida. Eu sempre que tentei contornar os problemas. Por isso nunca experimentei nenhuma droga não queria ficar dependente, mas veja o que aconteceu. Podem ter oito pistas, elas vão chegar no mesmo ponto. Eu entrei, busquei esse caminho de forma inconsciente”*.

Seus pais se separaram quando ele tinha quatro anos, J.S. e seus irmãos foram morar com os avós paternos e os pais saíram em busca de se estabelecerem na vida, cada qual para seu lado. Ele por ser o primogênito, se sentiu responsável pelos irmãos. *“Nessa fase, a presença dos meus pais era muito dolorosa porque meus irmãos queriam ir embora com a mãe e não podiam. Era ruim, meus irmãos choravam e eu que tinha que cuidar deles. Para mim era ruim porque eu sabia que a presença deles era por pouco tempo”* Depois que a mãe consegue se estabelecer financeiramente volta para pega-los, porém essa decisão de ir embora com ela custa caro para J.S.

Havia três meses que o paciente e seus irmãos estavam morando com o pai, que se estabeleceu financeiramente primeiro, J.S. estava com doze anos. *“Meu pai já estava com sua terceira esposa que era mais centrada e o ajudou a não gastar todo o dinheiro com farras e curtições. Sua segunda esposa era companheira de bar e meu pai não podia oferecer um lar para a gente, tanto que ele até hoje ele paga aluguel.”*

Quando a convidou os filhos para morar com ela, os irmãos mais novos de J.S. ficaram empolgados com a idéia e pensando neles, J.S. aceitou a proposta da mãe. *“Estávamos morando já com meu pai, tinha três meses, quando minha mãe voltou. Meus irmãos ficaram muito felizes quando foram passar o final de semana com ela e pensando neles eu aceitei o convite dela e mudamos. Só que meu pai ficou achando que foi idéia minha e fiquei como culpado por termos ido embora. Perdi a cumplicidade do meu pai, ele se afastou da gente e nos últimos anos já nem nos falávamos”.*

Ter ido morar com a mãe trouxe outras conseqüências para a vida deles. *“Na casa dos meus avós nossa educação era mais rígida e com disciplina, a gente não saía de casa, só para ir para a escola ou para missa”. A mãe possuía outros valores e outras concepções na educação. “Com minha mãe a gente fazia o que queria e ia para onde queria, acho que por a gente viver muito solto, meus irmãos acabaram se envolvendo com drogas. Hoje eu pergunto se fiz a escolha certa, talvez tivesse sido melhor se tivéssemos ainda com meus avós ou meu pai.”*

“Na família de minha mãe tinha muita bebida. Comecei a beber com doze anos por insistência dos meus tios, nesse início eu não gostava. Com o tempo fui aprendendo a compensar os problemas que vivia com os irmãos na bebida. Sempre me coloquei em último plano, tentava resolver a vida de todos e a minha ele resolvia bebendo no final do dia para relaxar e esquecer das angústias. Sou passivo, não reivindico meus direitos e sou acomodado. Isso faz com que seja insuportável conviver comigo mesmo, só consigo com a bebida.”

J.S. conta sua vida profissional: *“inicieei minha vida profissional como designir gráfico, sempre gostei de desenhar, desde os sete anos. Só que minha rotina de trabalho era sobrecarregada, era comum eu ficar a noite inteira trabalhando para cumprir os prazos e não tinha tempo de investir, fazer cursos de reciclagem, até que um dia fui substituído por outro mais atualizado. Nessa época eu já bebia, só que mais moderadamente.”*

“Com minha saída de lá pude descobrir outra paixão na minha vida, a música, formei uma banda com uns amigos e esse período durou oito anos. Era uma banda de rock, chegamos a gravar disco. Só que os integrantes da banda começaram a beber muito. Para ensaiar era só com bebida, para tocar era só com bebida e nas reuniões da banda também. Nosso trabalho começou a decair e estagnar. Eu estava bebendo muito nesse período, todos os dias e já não conseguia produzir mais nada.”

“Meu avô materno, vendo minha situação, pela primeira vez fez algo por mim. Me deu dinheiro para eu me inscrever no concurso dos Correios. Meu avô me deu um voto de confiança, eu tinha que dá um jeito na minha vida, não queria decepcioná-lo de jeito nenhum. Estudei muito para a prova e fiquei sem beber durante esse período de preparação, e passei.” Isso aconteceu há três anos e hoje ele é um funcionário dos Correios.

O que poderia ter sido sua redenção se tornou sua aniquilação, salvo pela possibilidade de tratamento, que como funcionário público está garantido seu direito de possuir um plano de saúde. *“Eu me meti em uma armadilha, escolhi trabalhar perto de casa pensando na praticidade do dia a dia. Só que fiquei muito próximo do chefe e todo fim de expediente a gente saía para beber e conversar. As vezes, íamos até tarde e no outro dia se eu não conseguia chegar na hora meu chefe sabia o motivo. Mas nunca deixei de fazer meu trabalho, eu podia estar sem dormir, desidratado, o que fosse, eu fazia meu trabalho.”*

J.S. foi promovido, em detrimento de outros funcionários mais antigos que ele. A equipe se organizou e conseguiram afastá-lo do cargo. *“Essa amizade rendeu algumas intrigas com os colegas de trabalho porque fui promovido por ser amigo do chefe. Sou uma pessoa que seguro todas as emoções e não sei o que fazer com essas emoções reprimidas. Não reagi porque eles tinham razão, ganhei o cargo só porque era amigo do chefe, mas também fiquei muito passivo, isso me faz mal.”*

“Bebo bastante há aproximadamente quinze anos, só que de seis anos para cá, bebo praticamente todos os dias. Foi depois da morte de minha avó. Minha avó era minha mãe e meu avô meu pai eu sofri muito com a morte dela. Fiquei sonhando com ela por muito tempo. Nesse momento procurei o carinho do meu pai e ele me deu as costas, já que eu sou o culpado de ter ido embora com meus irmãos morar com a mãe.”

“Não tenho afinidade com meu pai biológico, estávamos há três anos sem nos falar, só agora, com minha internação, que nos reaproximamos, penso que vai ser positivo essa reaproximação, ele é meu pai e precisamos nos entender. E foi para me aproximar de minha mãe biológica, um dos motivos que comecei a beber. Bebia com ela no começo, só dessa forma que a gente conseguia conversar e se divertir, sem a bebida a gente não tinha nenhuma relação.”

Quando foi questionado como a família viveu esse processo de J.S. se tornar um dependente químico ele respondeu: *“Minha mãe conviveu mais de perto, mas era muito confuso, ela não enxergava direito onde eu estava me metendo, porque ela mesma, e toda sua família têm problemas com o álcool. Eu não era diferente, não me destacava, era como toso mundo. Meu pai nunca se envolveu, nossa relação era distante e continuou sendo com meu adoecimento, só agora, que eu me internei que ele ficou a par do que estava acontecendo e veio me ver.”*

Rompeu com a namorada, uma relação que durou seis meses, foi o que desencadeou a crise. *“Rompi com minha namorada, ela não agüentou mais, eu compreendo os motivos, ela fez de tudo para me afastar da bebida. Foi aí que fiquei dez dias sem beber, três dias deprimido e quatro dias sem dormir trancado dentro do quarto. Sei que minha depressão foi por questões emocionais, a coisa pior que existe é tentar abraçar o mundo, os problemas com minha família me consumiu e eu seguro minhas emoções. A insônia foi por causa da abstinência. Nesses dez dias, tive alucinações com alguém que me ataca e me mata, fico ouvindo vozes que falam coisas sem sentido.”*

Durante esses dez dias que ficou trancado no quarto, pode prestar atenção no movimento do irmão que mora com ele. *“Aqueles dez dias que fiquei trancado no meu quarto vi como era a vida do meu irmão. Festas todos os dias, cheirando cocaína e bebendo, via os planos dele com os amigos de ir para a marginalidade. Fazer coisa errada. Meu irmão não mudou. ”*

“A vida do meu irmão é ser vagabundo, ele só quer cheirar e beber e fica tudo nas minhas costas porque sou o único que tem dinheiro. Só porque consegui minha estabilidade ele pensa que eu devo sustenta-lo, é festa todo dia. Não conseguia me libertar disso. Mas vai ter que mudar, não ajudo ele assim.”

Com a crise, recluso, decidiu abrir o jogo com o chefe assumindo sua necessidade de tratamento. Com o seu pedido foi encaminhado para a Clínica do Renascer e sobre o tratamento J.S. fala: *“O trabalho aqui na clínica me fez olhar para eu mesmo e me colocar como prioridade. A bebida na minha vida é uma válvula de escape e fuga da sociabilidade.”*

Durante a conversa percebeu-se que o paciente está transbordando e muito implicado no tratamento, essa passagem na clínica está significando olhar para si mesmo. Vivenciando em seu interior momentos profundos e intensos, com sonhos significativos que se repetem – vozes que falam coisas sem sentido e alguém tentando mata-lo – que leva para sua análise individual. Quando questionado se esse tratamento será à longo prazo, J.S. diz: *“Essa é minha primeira e última internação, quero mudar minha vida.”*

Apêndice E

Dados da segunda entrevista: semi-dirigida

Dia: 28 de Setembro de 2005

Local: Clínica do Renascer

Pergunta: Como você está reagindo ao tratamento?

O tratamento está proporcionando à J.S. um processo de auto-conhecimento e reflexão muito intenso. A sua primeira fala foi a respeito das perturbações visuais e auditivas que vem sofrendo: *“Antes eu atribuía ao álcool, mas agora, que estou desintoxicado percebo que era anterior, desde criança. Quando minha mãe em me visitar ela conta que desde pequeno sou assim. E descobri que aquele sonho onde eu estou parado e alguém tenta me matar sem que eu reaja, na verdade eu mesmo estou tentando me matar. E ao mesmo tempo não faço nada para impedir e essa é minha atitude para com a vida, permaneço estático a qualquer tipo de provocação.”*

Continuou falando de sua passividade e em que ela se transforma: *“As questões da minha família e do trabalho vão se acumulando e eu vou absorvendo as coisas negativas e hoje sou um vulcão a ponto de explodir. Muitas vezes a fúria é tão grande que quase não consigo me segurar, então o álcool me apazigua e esfria a raiva. Por três vezes eu quase perdi a cabeça, e foi por besteira, uma raiva irracional. Por pouco não fiz uma besteira. A primeira vez não estava alcoolizado.”*

Em seu estado alcoolizado não fica agressivo, descreve seu estado alcoolizado assim: *“Imagina uma hipérbole, eu tinha momentos de euforia e momentos de depressão intercalados. Quando estava eufórico preferia a companhia dos amigos, para brincar, rir e conversar. Deprimido, não queria conversa com ninguém e ia para meu quarto até que a animação voltasse.”*

Na clínica encontrou apoio nos colegas. *“Encontrar pessoas com os mesmos problemas que eu, foi muito bom para minha auto-estima perceber que eu não era o único com problemas. Aqui eu encontrei pessoas que queriam me ouvir e estavam interessadas na minha melhora. Também fiz coisas que não fazia a muito tempo, cuidar do meu corpo, nadar na piscina jogar bola. Tinha me esquecido como essas coisas fazem bem.”*

J.S. ficou orgulhoso quando sua terapeuta lhe revelou que ele tinha facilidade para a livre associação, dizendo que não era todo mundo que tinha essa capacidade. *“Fiz um acordo*

comigo mesmo e estou cumprindo. Procuro colaborar com o tratamento, vejo que tem muita gente aqui que não está nem aí, e pretendo ficar internado o tempo que for necessário.”

J.S. fala com muita segurança do seu tratamento e de sua recuperação, e fala pouco de suas inseguranças e de como ele vai enfrentar o desafio de mudar a sua vida. Quando questionado sobre como ele imagina sua readaptação ele responde: *“O difícil para mim foi entrar nesse portão (apontando para o portão de entrada da clínica), tomar a decisão de me tratar. Seu que não vai ser fácil quando eu sair, mas desde o primeiro dia já imagino como será lá fora, estou elaborando algumas mudanças.”*

A primeira mudança será em relação ao irmão mora com ele. *“Está na hora de cada um ir viver sua vida. Não estou ajudando se continuar protegendo meu irmão assim, ele precisa amadurecer, cuidar de sua família e sair das drogas. Vou continuar ajudando no que eu puder, mas a primeira ajuda é fazer com que ele siga seu caminho, vá procurar emprego e deixe de se encostar em mim. Só porque tenho meu emprego não sou obrigado a sustenta-lo. Outra mudança será em relação as minhas amizades. Agora eu percebi que eles não são amigos de verdade, eles desapareceram lá de casa. Por que? Se meu irmão é amigo deles também. Sei que preciso me afastar deles.”*

Cada dia que passa aqui se sente mais forte e como seus familiares trazem notícias ele está acompanhando as mudanças lá fora, de qualquer forma sabe que pode se deparar com surpresas. *“Tenho certeza que se eu me afastar dos amigos e dos velhos costumes vou conseguir mudar.”*

Pergunta: Como você encara a vida? Quais são seus sonhos e pretensões?

“Antes de iniciar o tratamento estava acomodado, não tinha sonhos, agora quero construir uma família, crescer profissionalmente e ingressar na faculdade. Fico triste quando lembro que teria chance de conseguir bolsa de estudos para a faculdade, eu era bom aluno, agora é tarde. Tive muitas perdas por conta da bebida.”

Pergunta: Você tem algum sentimento ou algo deu errado?

“Eu ter me apresentado ao álcool. Essa lembrança dá força para eu sair. Me sinto sufocado e angustiado por não ter conseguido modificar meus irmãos e eu tentei muito.”

Pergunta: O que você pensa sobre a sociedade do consumo, indústria do entretenimento, meio como facilitador do consumo.

“Esse meio gera violência. O jovem quer romper barreiras e acaba fígado pela indústria.”

Pergunta: Quais estratégias você utiliza para se proteger da falta de identidade que sofremos com o mundo modernizado?

“Adaptação.”

Pergunta: O que é a clínica do Renascer para você?

“Uma ponte, uma travessia difícil, antes eu estava quebrado agora consigo me expressar”.

Apêndice F

Dados da terceira entrevista: conversa  o

Dia 22 de Outubro

Local: Clínica do Renascer

O estado emocional de J.S. era ambíguo, acabara de receber a notícia da morte de um paciente da clínica, *“agora se soma um total de 33 mortes ao longo da história da clínica”*, segundo a contabilidade do grupo de AA. Era um dia de luto, um dia de fracasso para os que ficaram. Por outro lado, J.S. estava feliz porque recebera alta e amanhã volta para casa. Passa segurança em seu depoimento quanto ao regresso. *“Ganhei com a clínica e quero continuar ganhando lá fora. Não tinha consciência do perigo que corria, queria s   prazer. Não me reconhecia como alcoólatra porque não caia pelos cantos.”*

“Não estou bem com a morte do nosso amigo e quando fico assim fico sem apetite. É muito duro para gente quando alguém morre,    encarar o fracasso, é uma luta muito difícil. Eu vejo como as pessoas aqui resistem ao tratamento, colocam a culpa no terapeuta, não colaboram, reclamam de tudo. Eu mesmo, que realmente quis me tratar, agora vejo que tive várias resistências, porque reconhecer o alcoolismo é encontrar a dor.”

Na clínica J.S. está sobre a proteção da institui  o, fora de suas zonas de conflito e dos choques constantes que a vida acomete. Como será a vida de J.S. depois de ter se proposto a mudar e encarado o desafio, para esta pergunta o paciente respondeu: *“Pensando em uma metáfora, sinto que estou circulando um abismo e que a qualquer momento posso cair. É um perigo eu achar que estou bom. O que perdi não eu recupero mais, agora    daqui para adiante. Pode ser que eu queira me enganar. As festas de fim de ano estão aí. Não d   para dizer que vou beber só no Natal ou só no Ano Novo e daqui a pouco, escorrego, vou querer beber no meu aniversário, depois porque    sexta-feira.”*

J.S. passa uma imagem de segurança e determina  o, está decidido que não vai mais beber. Agora sabe quem são seus verdadeiros amigos e que os amigos de farra v  o procurá-lo, sabe que terá que dizer não, mais de uma vez, até que eles desistam. *“Saia para beber depois do trabalho e nem me questionava o porquê, oferecia minha casa para as festas, fazia d  vidas, comprava bebidas para todo mundo, eu estava sem identidade. Vai ser muito difícil resistir aos convites, mas agora sei que eu sou o responsável pelo o que acontece comigo, não é meu pai, não    minha mãe como eu pensava no começo do meu tratamento, agora vejo diferente.”*

J.S. sabe que seus problemas não acabaram, ele apenas adquiriu novas ferramentas para lidar com eles. Seu pai o convidou para morar em sua casa, porém acredita que esta não é a solução, já que os problemas irão com ele, onde quer que esteja. Com relação ao trabalho, não lhe restou alternativa, seu chefe, com intenção de ajudar, vai transferir-lo para outra cidade satélite. J.S. pensa que não é assim que se resolve: *“Sei que a mala de tristeza e mágoa vai comigo. Meu chefe pensa que mudar de cidade vai acabar com as piadas dos colegas, mas as pessoas se comunicam, mesmo em cidades diferentes e elas vão saber que eu sou aquele que ficou internado em uma clínica para dependentes e que causei problemas. Como não sei ainda para onde vou ser transferido, vou ficar na casa da minha mãe, porque quero alugar perto do lugar onde vou trabalhar.”*

Foi perguntado a J.S. se ele sentia que sofria algum tipo de preconceito pelo fato dele ser um alcoolista, disse que não. Mas para a comunidade que ele convive, a bebida e as drogas fazem parte do cotidiano das pessoas. *“Onde eu moro tem o grupo das pessoas que bebem, o grupo que bebe e fuma, o grupo que cheira, o que usa craque, mas no fim das contas é um grupo só. A bebida é normal tanto para minha família como para meus amigos. Vai ser um desafio para mim, as pessoas vão ter que me aceitar de um jeito diferente agora, só que elas ficam com medo do desconhecido.”*

No período de internação de J.S. aconteceram mudanças significativas no seu sistema familiar. Sua mãe parou de beber, desde a primeira visita que fez ao filho. *“Minha mãe parou de beber, antes ela se influenciava muito pelo meu padrasto, esse é alcoólatra e não vai parar de beber, agora ela parou de acompanhá-lo e meu irmão parou de cheirar e beber, voltou a trabalhar e assumiu a filha, e já se mudou com a família. A partir de amanhã terei o que eu aprendi.”*

J.S. trás novamente a queixa de ser sempre aquele que ajuda, que faz pelo outro e não para si mesmo, mas desta vez ele trouxe uma reflexão: *“Era eu que bancava a bebida, a comida e oferecia minha casa para as festas, o que falta em mim que preciso fazer pelo outro para me sentir bem? Para mim mesmo, só consegui ultrapassar meus limites físicos e financeiros, estava sem identidade. Por mais que eu fizesse, os amigos ficam com ingratidão, sempre tinham um motivo para ficarem chateados comigo, e eu, ficava angustiado..”*

Para a família de J.S. a sua internação foi um momento de transformações e fortalecimento dos laços, quanto aos amigos o paciente se sente incompreendido. *“Sei que meus amigos não vão entender essa nova visão, ao contrário de minha família que se uniu, eles desapareceram e nem perguntam mais sobre mim. Agora, quando eu retornar sei que eles serão sedutores, estou apreensivo, porque esse tempo que estive aqui, conheci muitas*

coisas, mas não todas. Sei que os amigos vão aparecer com bebida e eu vou ter que encarar o desafio de dizer não. Dizer não é muito difícil para mim. Vou explicar que a bebida causa problemas para mim, sei que muitos deles vão se afastar. Mas eu quero cultivar outro tipo de amizade, que não seja amizades em torno da bebida. Conheço pessoas que saíram da bebida e vou me reaproximar dessas pessoas.”

J.S. foi questionado se enxergava o alcoolismo como uma doença, ele respondeu: *“O alcoolismo se tornou uma coisa importante na minha vida. Não tinha vida, só perdas, não ia visitar minha mãe.”* Não respondeu diretamente à pergunta, mais à frente, a pesquisadora insistiu na pergunta, observou-se que o paciente ficou incomodado com a pergunta, ou não entendeu exatamente o que ela estava perguntando, respondeu que sim e não fez comentários. Quando a pesquisadora perguntou se ele pretendia algum dia poder ingerir álcool, ele respondeu: *“Um dia após o outro sem beber. O alcoolismo eu carrego como um sinal de nascença que vai estar sempre ali e não pode ser tirado com cirurgia.”*

O remédio, Diazepam, controlou as alucinações visuais e auditivas que vinha sofrendo quando vivia embriagado e que persistiram mesmo depois de desintoxicado. *“Achava que eu era doido porque eu falava sozinho, conversava com as árvores. Mas agora estou vendo que não sou, que eu penso alto, estou tirando isso da cabeça.”*

Na Clínica do Renascer os pacientes assumem algumas tarefas, J.S., no período que esteve internado, assumiu as tarefas de maior responsabilidade, e às vezes ficava responsável por mais de uma tarefa na mesma semana. Na primeira semana foi fiscal de lazer, que cuida das chaves dos armários onde ficam os jogos, bolas de sinuca, pesos para malhação. Também é responsável por ir atrás de lazer e divertimento para os pacientes.

Fiscal de lazer é uma tarefa mais simples, mas já a partir da segunda semana assumiu o cargo de representante, é o mais importante porque o representante é responsável por redigir a ATA das atividades e terapias do dia e ler no dia posterior pela manhã, controlar e as chamadas telefônicas dos pacientes para não ultrapassar o limite diário de cada um e fiscalizar o trabalho dos outros. Normalmente essa função é para o mais responsável ou o mais antigo na instituição, J.S. gostou dessa função e permaneceu nela até sua penúltima semana.

Na última semana, assumiu o acolhimento, tarefa também importante, que é promover a integração dos pacientes novos, explicar as normas da instituição, os horários das atividades e das refeições, os dias de visita, tempo livre, o que fazer se quiser jogar sinuca, ou assistir a um vídeo, alertar ao novo integrante que é ele quem escolhe o terapeuta para assisti-lo individualmente, etc.

Sobre a finalidade das tarefas J.S. falou: *“Assumir tarefas é ser responsável pelos atos que cometemos. É como um castelinho de cartas, se faltar uma carta vai dar problemas. A gente precisa cuidar do lugar onde estamos.”*

J.S. sai de alta amanhã, mas pretende continuar integrado à clínica, participando do grupo de voluntários e do AA, aos sábados. Tem o desejo de poder ajudar as pessoas, passar um pouco do que aprendeu.

Próximo encontro: 05 de Novembro

Apêndice G
Quarta entrevista

Dia 05 de Novembro

Local: Clínica do Renascer

J.S. não fazia mais parte do quadro de pacientes da clínica, mas garantiu que estaria presente aos sábados, com exceção do primeiro sábado após a alta, como integrante do grupo de voluntários, podendo assim, dar continuidade à pesquisa. Porém ele não compareceu, não entrou em contato com a pesquisadora e a instituição, que é a única ponte entre a pesquisadora e o paciente, não consegue entrar em contato com ele.

Sabe-se que J.S. entrou com o pedido de reinternação e também não compareceu. Os prazos se esgotaram e não foi possível realizar o último encontro, onde J.S. falaria sobre sua readaptação à vida em sociedade, as vitórias e as dificuldades que encontrou. Onde seria aplicado o instrumento complemento de frases como mais elemento para auxiliar na construção da informação desta pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIRMAN, J. (2003). *Mal-estar na atualidade. A psicanálise e novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- BUCHER, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes médicas.
- FORTES, J R A. (1991). *Alcoolismo: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Sarvier.
- GONZÁLEZ REY, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. (original publicado em 1999).
- ----- (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- GOSWAMI, A. (1993). *O universo autoconsciente: como a consciência cria o mundo material*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos.
- LONGENECKER, G. L. (1998). *Como agem as drogas. O abuso de drogas e o corpo humano*. São Paulo: Quark do Brasil Ltda.
- MELMAN, C. (2000). *Alcoolismo, delinquência, toxicomania, uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta.
- OLIVENSTEIN, C. (1990). *A clínica do toxicômano, a falta da falta*. Porto alegre: Artmed.
- ----- (1980). *A droga*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- TURATO, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes Ltda.